



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 726**

9 Ιουνίου 2003

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/10264

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - ΟΓΑ που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α΄/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α΄/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α΄/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α΄/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ39/Α΄/1997).

5. Την 80088/31.10.2001/ΦΕΚ 1485 τ. Β΄ Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

6. Την ΔΙΑΔΠ/Α1/18368/1.10.2002/Φ.Ε.Κ.1276Β΄ Απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Καθορισμός του τύπου της Υπεύθυνης Δήλωσης του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 (ΦΕΚ 75)».

7. Την ΔΙΔΚ/Φ 1/2/22875/31.10.-2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

8. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

9. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του ΟΓΑ, όσον αφορά στην κατάθεση αιτήσεων και συγκέντρωση των απαιτούμενων δικαιολογητικών να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του Ν. 3013/2002 διαδικασία:

Α. Κλάδος Α΄ Συντάξεων

1. Χορήγηση προσαύξησης του ποσού της σύνταξης λόγω απόλυτης αναπηρίας, τυφλότητας
2. Χορήγηση σύνταξης γήρατος Ο.Γ.Α.
3. Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας Ο.Γ.Α.
4. Χορήγηση σύνταξης ανασφαλίστων υπερηλίκων.
5. Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων διαδοχικής ΟΓΑ.
6. Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας διαδοχικής.
7. Χορήγηση σύνταξης γήρατος διαδοχικής.
8. Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων ΟΓΑ.

Β. Κλάδος Γ΄ Υγείας

1. Παροχή ειδικών εξετάσεων σε ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.
2. Παροχή ορθοπεδικών ειδών για ασφαλισμένους Ο.Γ.Α.
3. Απόδοση Δαπάνης αγοράς αυτόματου μηχανήματος περιτοναϊκής κάθαρσης (cycler), καθώς και για αναλώσιμα και μη υλικά σε νεφροπαθείς για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση.
4. Απόδοση Δαπάνης αγοράς για C - PAP, νεφελοποιητή, BI -PAP (αναπνευστήρας όγκου).
5. Απόδοση Δαπάνης για αξονική μαγνητική -τομογραφία και εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία.
6. Απόδοση Δαπάνης Μετακινήσεων ασθενών κατόχων βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.
7. Παροχές σε είδος για τους δικαιούχους στον Κλάδο Υγείας α) παροχή φιάλης αερίου οξυγόνου και β) χρήση - ενοικίαση συσκευής οξυγονοθεραπείας (συμπυκνωτή οξυγόνου).
8. Απόδοση Δαπάνης αποκλειστικής αδελφής.
9. Προσφυγή κατά απόφασης Διεύθυνσης Υγιεινής με την οποία έχει απορριφθεί η νοσηλεία σε μη συμβλημένη ιδιωτική κλινική.
10. Απόδοση δαπάνης μέσων παροδικής χρήσης (σά-

κων κολοστομίας, καθετήρων, ουροσυλλεκτών, συριγγών ινσουλίνης, test και συσκευής μετρήσεως σακχάρου, υλικών αποσιδήρωσης κ.λπ.).

11. Κληρονομικές απαιτήσεις από ανείσπρακτες παροχές περίθαλψης.

Γ. Κλάδος Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

1. Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού Έντυπου Ε 104 (για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης).

2. Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού Έντυπου Ε 111 (για προσωρινή διαμονή).

3. Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Έντυπου Ε 128 (για φοιτητές).

4. Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Έντυπου Ε 121 (για μόνιμη εγκατάσταση) συνταξιούχου πλην ανασφάλιστου υπερήλικα.

5. Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες αν ο θανών - η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη).

6. Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.

7. Απονομή σύνταξης αναπηρίας για όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.

8. Απονομή σύνταξης αναπηρίας σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη).

9. Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη).

10. Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες, αν ο θανών - η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.

Δ. Κλάδος Κύριας Ασφάλισης Αγροτών

1. Επανεκτύπωση ειδοποίησης - απόδειξης καταβολής εισφοράς.

2. Επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών Ο.Γ.Α.

3. Αναγγελία Μεταβολών ασφαλισμένου Ο.Γ.Α.

4. Χορήγηση βεβαίωσης ασφαλιστικής ενημερότητας.

5. Κατάθεση Υπεύθυνης Δήλωσης Εργοδότη ετών ....(για αγρεργάτη).

6. Χορήγηση βεβαίωσης για έκδοση άδειας εργασίας σε αλλοδαπό.

7. Χορήγηση βεβαίωσης καταβολής εισφορών για φορολογική χρήση.

8. Χορήγηση βεβαίωσης περί ασφάλισης, διακοπής ασφάλισης, επανεγγραφής και λοιπές βεβαιώσεις σχετικές με την ασφάλιση..

9. Χορήγηση βεβαίωσης για έγκριση ασφάλισης - προώθηση δελτίου απογραφής (για έκδοση βιβλιαρίου υγείας).

10. Δελτίο Απογραφής - Αίτηση/Υπεύθυνη Δήλωση για εγγραφή στα Μητρώα Ασφαλισμένων του Κλάδου Κύριας Ασφάλισης.

Ε. Κλάδος Ι΄ Μητρώου Συνταξιούχων και Πληρωμής Συντάξεων.

1. Αλλαγή τόπου πληρωμής της σύνταξης συνταξιούχου Ο.Γ.Α.

2. Χορήγηση βεβαίωσης καταβληθεισών συντάξεων έτους .... για φορολογική χρήση.

3. Χορήγηση βεβαίωσης περί συνταξιοδότησης - διακοπής της συνταξιοδότησης -αναστολής της συνταξιοδότησης και λοιπές βεβαιώσεις για τη συνταξιοδότηση.

4. Χορήγηση εξόδων κηδείας και καταβολή ανείσπρακτων συντάξεων ΟΓΑ.

ΣΤ. Κλάδος ΙΑ΄ Φαρμακευτικής Περίθαλψης

1. Έγκριση δαπάνης για αγορά φαρμάκων από το εξωτερικό σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρ. 3 του Κανονισμού Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΟΓΑ και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. πρ. Φ. 7 οικ. 520/31.3.2000.

2. Έγκριση δαπάνης για αγορά διαιτητικών τροφών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 20 του Ν. 2556/97 και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. Φ. 7 οικ. 61/26.1.98.

Η. Κλάδος Δ΄ Οικονομικών Υπηρεσιών

1. Διαβίβαση παραστατικών για εξόφληση καταλογισθέντος ποσού.

Θ. Κλάδος ΣΤ΄ Οικογενειακών Επιδομάτων

1. Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής ισόβιας σύνταξης - πολυτεκνικού επιδόματος - επιδόματος γ΄ παιδιού.

2. Χορήγηση βεβαίωσης λήψεως, μη λήψεως ισόβιας σύνταξης, πολυτεκνικού επιδόματος, επιδόματος τρίτου παιδιού.

3. Χορήγηση βεβαίωσης φόρου εισοδήματος έτους/ ετών.

4. Χορήγηση ισόβιας σύνταξης α) στην πολύτεκνη μητέρα που έχει τέσσερα τουλάχιστον παιδιά έγγαμα ή άγαμα άνω των 23 ετών και β) στη μητέρα που δεν χαρακτηρίζεται πολύτεκνη αλλά έχει ή είχε κάποια στιγμή τέσσερα τουλάχιστον παιδιά στη ζωή.

5. Χορήγηση επιδόματος τρίτου παιδιού και πολυτεκνικού επιδόματος.

6. Αλλαγή τόπου πληρωμής ισόβιας σύνταξης - πολυτεκνικού επιδόματος -επιδόματος τρίτου παιδιού.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλη αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνση τους. Για ορισμένες από τις πιο πάνω διαδικασίες απαιτείται η συμπλήρωση και του ειδικού εντύπου του ΟΓΑ.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Απριλίου 2003

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΡΟΒΕΡΤΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση προσαύξησης του ποσού της σύνταξης λόγω απόλυτης αναπηρίας, τυφλότητας».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση προσαύξησης του ποσού της σύνταξης λόγω απόλυτης αναπηρίας, τυφλότητας**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης γήρατος».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης γήρατος**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης ανασφάλιστων υπερηλίκων ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης ανασφάλιστων υπερηλίκων**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων διαδοχικής Ο.Γ.Α.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων διαδοχικής Ο.Γ.Α**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας διαδοχικής».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης αναπηρίας διαδοχικής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης γήρατος διαδοχικής».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης γήρατος διαδοχικής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση σύνταξης επιζώντων μελών ασφαλισμένων και συνταξιούχων ΟΓΑ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρώνεται το συνημμένο έντυπο του ΟΓΑ από τις αρμόδιες αρχές σε όλες τις ενδείξεις	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παροχή Ειδικών Εξετάσεων σε ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:				Ισχύς Βιβλιαρίου :			
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Επωνυμία Εταιρείας :
Α.Φ.Μ.:

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α., στην οποία να αναφέρεται από τι πάσχει ο ασθενής, τι εξετάσεις έχει ανάγκη και ότι δεν γίνονται οι εξετάσεις αυτές σε Κρατικό Νοσοκομείο, ή σε άλλα Ιδρύματα Κοινωφελούς χαρακτήρα του Νομού.	□	□	
2) Τιμολόγιο θεωρημένο από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	□	□	
3) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. με τα στοιχεία βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Παροχή Ειδικών Εξετάσεων σε ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α., στην οποία να αναφέρεται από τι πάσχει ο ασθενής, τι εξετάσεις έχει ανάγκη και ότι δεν γίνονται οι εξετάσεις αυτές σε Κρατικό Νοσοκομείο, ή σε άλλα Ιδρύματα Κοινωφελούς χαρακτήρα του Νομού.	□	□	
2) Τιμολόγιο θεωρημένο από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	□	□	
3) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. με τα στοιχεία βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παροχή Ορθοπεδικών ειδών για ασφαλισμένους στον Ο.Γ.Α.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Επωνυμία Εταιρείας :
Α.Φ.Μ.:

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) **Αν πρόκειται για αγορά αναπηρικού αμαξίδιου είναι απαραίτητη η υποβολή από τον ενδιαφερόμενο μιας Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενούς, όπου θα δηλώνει ότι αν ο ασθενής παύσει να χρειάζεται το αναπηρικό αμαξίδιο θα το παραδώσει στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο, προσκομίζοντας στον Ο.Γ.Α. την απόδειξη παράδοσης στο Νοσοκομείο εντός 15θημέρου.**	☐	☐	
2) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. στην οποία να αναφέρεται από τι πάσχει ο ασθενής και ο κωδικός αριθμός του είδους από τον κατάλογο του Ε.Ι.Α.Α. που έχει ανάγκη.	☐	☐	
3) Αν πρόκειται για ενοικίαση αεροστρώματος, πρέπει στη γνωμάτευση, να αναφέρεται και το χρονικό διάστημα που το είχε ανάγκη ο ασθενής ενώ αν πρόκειται για αγορά αεροστρώματος είναι απαραίτητη η υποβολή και μιας Υπεύθυνης Δήλωσης του	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενούς όπου θα δηλώνει ότι όταν ο ασθενής παύσει να χρειάζεται το αερόστρωμα θα το παραδώσει στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο, προσκομίζοντας στον Ο.Γ.Α. την απόδειξη παράδοσης στο Νοσοκομείο εντός 15θημέρου.			
4)Τιμολόγιο θεωρημένο επίσης από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	☐	☐	
5) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α., με τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας που να φαίνεται η διάρκεια ισχύος και ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Παροχή Ορθοπεδικών ειδών για ασφαλισμένους στον Ο.Γ.Α**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Αν πρόκειται για αγορά αναπηρικού αμαξίδιου είναι απαραίτητη η υποβολή από τον ενδιαφερόμενο μιας Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενούς, όπου θα δηλώνει ότι αν ο ασθενής παύσει να χρειάζεται το αναπηρικό αμαξίδιο θα το παραδώσει στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο, προσκομίζοντας στον Ο.Γ.Α. την απόδειξη παράδοσης στο Νοσοκομείο εντός 15θημέρου.	☐	☐	
2) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. στην οποία να αναφέρεται από τι πάσχει ο ασθενής και ο κωδικός αριθμός του είδους από τον κατάλογο του Ε.Ι.Α.Α. που έχει ανάγκη.	☐	☐	
3) Αν πρόκειται για ενοικίαση αεροστρώματος, πρέπει στη γνωμάτευση, να αναφέρεται και το χρονικό διάστημα που το είχε ανάγκη ο ασθενής ενώ αν πρόκειται για αγορά αεροστρώματος είναι απαραίτητη η υποβολή και μιας Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενούς όπου θα δηλώνει ότι όταν ο ασθενής παύσει να χρειάζεται το αερόστρωμα θα το παραδώσει στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο, προσκομίζοντας στον Ο.Γ.Α. την απόδειξη παράδοσης στο Νοσοκομείο εντός 15θημέρου.	☐	☐	
4)Τιμολόγιο θεωρημένο επίσης από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	☐	☐	
5) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α., με τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας που να φαίνεται η διάρκεια ισχύος και ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : Απόδοση δαπάνης αγοράς:
Α) αυτόματου μηχανήματος περιτοναϊκής κάθαρσης (CYCLER)».
Β-Γ) για αναλώσιμα και μη υλικά σε νεφροπαθείς για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α) Απόδοση Δαπάνης αγοράς μηχανήματος CYCLER			
1) Γνωμάτευση γιατρού Δ/ντου Νεφρολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ότι από την αξιολόγηση των κριτηρίων (ιατρικών – κοινωνικών και οικονομικών) επιβάλλεται η χρησιμοποίηση του σχετικού μηχανήματος.	☐	☐	
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α., και δύο ακόμη προσφορές σχετικά με το κόστος αγοράς του σχετικού μηχανήματος	☐	☐	
3) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου στην οποία θα δηλώνετε ότι σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας λόγω θανάτου του ασθενούς ή άλλης αιτίας, το μηχάνημα θα επιστραφεί στη Νεφρολογική Μονάδα που παρακολουθεί τον ασθενή.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

4) Βεβαίωση που θα πάρετε από τον ανταποκριτή Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου.			
Β) Απόδοση Δαπανών για μη αναλώσιμα υλικά: (ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα, στατό, κλπ)			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ποια υλικά έχει ανάγκη, θεωρημένη από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του ίδιου Θεραπευτηρίου.			
2) Πρωτότυπο τιμολόγιο αγοράς των μη αναλώσιμων υλικών, θεωρημένο από τον ίδιο Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.			
3) Βιβλιάριο υγείας ή βεβαίωση του ανταποκριτή Ο.Γ.Α., από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. και η διάρκεια ισχύος του.			
Γ) Απόδοση Δαπανών για αναλώσιμα υλικά: (γάζες, βαμβάκι, οινόπνευμα, γάντια, κλπ) και τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος.			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει η ημερομηνία που ο ασθενής άρχισε να υποβάλλεται στη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ότι συνεχίζει ακόμα να υποβάλλεται, θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου (υποβάλλεται με την έναρξη στη μέθοδο).			
2) Αίτηση – Δήλωση του ασθενή κάθε μήνα, με την οποία θα δηλώνει ότι συνεχίζει να υποβάλλεται σε θεραπεία με την μέθοδο της Σ.Φ.Π.Κ. στο σπίτι.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απόδοση δαπάνης αγοράς:** **Α) αυτόματου μηχανήματος περιτοναϊκής κάθαρσης (CYCLER)».** **Β-Γ) για αναλώσιμα και μη υλικά σε νεφροπαθείς για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση**				
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α) Απόδοση Δαπάνης αγοράς μηχανήματος CYCLER			
1) Γνωμάτευση γιατρού Δ/ντου Νεφρολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ότι από την αξιολόγηση των κριτηρίων (ιατρικών – κοινωνικών και οικονομικών) επιβάλλεται η χρησιμοποίηση του σχετικού μηχανήματος.	☐	☐	
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α., και δύο ακόμη προσφορές σχετικά με το κόστος αγοράς του σχετικού μηχανήματος	☐	☐	
3) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου στην οποία θα δηλώνετε ότι σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας λόγω θανάτου του ασθενούς ή άλλης αιτίας, το μηχάνημα θα επιστραφεί στη Νεφρολογική Μονάδα που παρακολουθεί τον ασθενή.	☐	☐	
4) Βεβαίωση που θα πάρετε από τον ανταποκριτή Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου.	☐	☐	
Β) Απόδοση Δαπανών για μη αναλώσιμα υλικά: (ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα, στατό, κλπ)			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ποια υλικά έχει ανάγκη, θεωρημένη από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του ίδιου Θεραπευτηρίου.	☐	☐	
2) Πρωτότυπο τιμολόγιο αγοράς των μη αναλώσιμων υλικών, θεωρημένο από τον ίδιο Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	☐	☐	
3) Βιβλιάριο υγείας ή βεβαίωση του ανταποκριτή Ο.Γ.Α., από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. και η διάρκεια ισχύος του.	☐	☐	
Γ) Απόδοση Δαπανών για αναλώσιμα υλικά: (γάζες, βαμβάκι, οινόπνευμα, γάντια, κλπ) και τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος.			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει η ημερομηνία που ο ασθενής άρχισε να υποβάλλεται στη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ότι συνεχίζει ακόμα να υποβάλλεται, θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου (υποβάλλεται με	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

την έναρξη στη μέθοδο).			
2) Αίτηση – Δήλωση του ασθενή κάθε μήνα, με την οποία θα δηλώνει ότι συνεχίζει να υποβάλλεται σε θεραπεία με την μέθοδο της Σ.Φ.Π.Κ. στο σπίτι.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : Απόδοση Δαπάνης Αγοράς:
α) C –PAP
β) Νεφελοποιητή
γ) BI PAP
δ)Αναπνευστήρας όγκου)

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς c-pap			
1) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου (Πνευμονολόγου ή Εντατικολόγου), από την οποία να προκύπτει η ανάγκη χρήσης της συσκευής και το ότι το Νοσοκομείο αναλαμβάνει τη φύλαξη και συντήρηση της συσκευής, όταν πάψει ο ασθενής να την έχει ανάγκη, θεωρημένη απαραίτητα από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Νοσοκομείου	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

2) Μελέτη ύπνου η οποία θα αναφέρει **απαραίτητα** συγκριτικά στοιχεία μέτρησης αερίων αίματος πριν και μετά τη χρήση της συσκευής.	☐	☐	
3) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς θεωρημένο από Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	☐	☐	
4) Εγγύηση καλής λειτουργίας της συσκευής	☐	☐	
5) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται	☐	☐	
6) Στοιχεία βιβλιαρίου υγείας από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
7) Προσφορές δύο επιπλέον εταιρειών	☐	☐	
Β) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς Νεφελοποιητή			
1) Γνωμάτευση Γιατρού Κρατικού Νοσοκομείου (Πνευμονολόγου Εντατικολόγου) ότι υπάρχει ανάγκη αγοράς της συσκευής, θεωρημένη από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ	☐	☐	
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο Αγοράς θεωρημένο από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ	☐	☐	
3) Υπεύθυνη Δήλωση ότι κάνει χρήση της συσκευής (ισχύει από Αύγουστο 1999)	☐	☐	
4) Στοιχεία Βιβλιαρίου Υγείας από το οποίο να προκύπτει και ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
7) Προσφορές δύο επιπλέον εταιρειών	☐	☐	
Γ) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς Αναπνευστήρα όγκου και συσκευής (ΒΙ ΡΑΡ)			
1) Γνωμάτευση Γιατρού (Πνευμονολόγου ή Εντατικολόγου) Κρατικού Νοσοκομείου που να αναφέρει ότι το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς απαιτεί την αγορά συσκευής θεωρημένη από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ και το περιβάλλον του ασθενούς δύναται να τη χρησιμοποιήσει.	☐	☐	
2) Εγγύηση καλής λειτουργίας της συσκευής	☐	☐	
3) Στοιχεία Βιβλιαρίου Ασθενείας από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
4) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται.	☐	☐	
5) Πρωτότυπο τιμολόγιο Αγοράς (θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό)	☐	☐	
6) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται.	☐	☐	
7) Βεβαίωση του Νοσοκομείου ότι αναλαμβάνει τη φύλαξη και συντήρηση της συσκευής, όταν αυτή θα επιστραφεί.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20………….

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απόδοση Δαπάνης Αγοράς:** **α) C –PAP** **β) Νεφελοποιητή** **γ) BI PAP** **δ) (Αναπνευστήρας όγκου)**				
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς c-pap			
1) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου (Πνευμονολόγου ή Εντατικολόγου), από την οποία να προκύπτει η ανάγκη χρήσης της συσκευής και το ότι το Νοσοκομείο αναλαμβάνει τη φύλαξη και συντήρηση της συσκευής, όταν πάψει ο ασθενής να την έχει ανάγκη, θεωρημένη απαραίτητα από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Νοσοκομείου	☐	☐	
2) Μελέτη ύπνου η οποία θα αναφέρει **απαραίτητα** συγκριτικά στοιχεία μέτρησης αερίων αίματος πριν και μετά τη χρήση της συσκευής.	☐	☐	
3) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς θεωρημένο από Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	☐	☐	
4) Εγγύηση καλής λειτουργίας της συσκευής	☐	☐	
5) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται	☐	☐	
6) Στοιχεία βιβλιαρίου υγείας από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
7) Προσφορές δύο επιπλέον εταιρειών	☐	☐	
Β) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς Νεφελοποιητή			
1) Γνωμάτευση Γιατρού Κρατικού Νοσοκομείου (Πνευμονολόγου Εντατικολόγου) ότι υπάρχει ανάγκη αγοράς της συσκευής, θεωρημένη από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ	☐	☐	
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο Αγοράς θεωρημένο από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ	☐	☐	
3) Υπεύθυνη Δήλωση ότι κάνει χρήση της συσκευής (ισχύει από Αύγουστο 1999)	☐	☐	
4) Στοιχεία Βιβλιαρίου Υγείας από το οποίο να προκύπτει και ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	
7) Προσφορές δύο επιπλέον εταιρειών	☐	☐	
Γ) Απόδοση Δαπάνης Αγοράς Αναπνευστήρα όγκου και συσκευής (BI PAP)			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

1) Γνωμάτευση Γιατρού (Πνευμονολόγου ή Εντατικολόγου) Κρατικού Νοσοκομείου που να αναφέρει ότι το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς απαιτεί την αγορά συσκευής θεωρημένη από ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ και το περιβάλλον του ασθενούς δύναται να τη χρησιμοποιήσει.	□	□	
2) Εγγύηση καλής λειτουργίας της συσκευής	□	□	
3) Στοιχεία Βιβλιαρίου Ασθενείας από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός Μητρώου	□	□	
4) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται.	□	□	
5) Πρωτότυπο τιμολόγιο Αγοράς (θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό)	□	□	
6) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου του Ν.1599/86, ότι αναλαμβάνει να επιστρέψει τη συσκευή σε Κρατικό Νοσοκομείο, όταν ο ασθενής θα πάψει να τη χρειάζεται.	□	□	
7) Βεβαίωση του Νοσοκομείου ότι αναλαμβάνει τη φύλαξη και συντήρηση της συσκευής, όταν αυτή θα επιστραφεί.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απόδοση Δαπάνης για Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία και εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1)** Παραπεμπτικό Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	☐	☐	
2) Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	☐	☐	
3) Έγκριση Ειδικής Επιτροπής προκειμένου για απόδοση δαπάνης μαγνητικής τομογραφίας – εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφείας (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	☐	☐	
4) Βεβαίωση ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου και η διάρκεια ισχύος του	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)			
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ: 1. Ο ασθενής να είναι κάτοχος Βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. 2. Παραπομπή για τη διενέργεια της εξέτασης από Κρατικό Νοσοκομείο 3. Προέγκριση από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. προκειμένου για αξονική τομογραφία 4. Προέγκριση της ειδικής επιτροπής προκειμένου για μαγνητική τομογραφία – ψηφιακή εκλεκτική αγγειογραφεία ** Τα δικαιολογητικά αυτά αφορούν προϋποθέσεις είσπραξης της δαπάνης από τρίτο πρόσωπο.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:.. □ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας □ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.. □ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας □ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απόδοση Δαπάνης για Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία και εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1)** Παραπεμπτικό Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	□	□	
2) Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	□	□	
3) Έγκριση Ειδικής Επιτροπής προκειμένου για απόδοση δαπάνης μαγνητικής τομογραφίας – εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφείας (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	□	□	
4) Βεβαίωση ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου και η διάρκεια ισχύος του (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απόδοση Δαπάνης Μετακινήσεων ασθενών κατόχων βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Ι) ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΣΥΝΗΘΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕΣΑ – ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	□	□	
1)Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ο αριθμός βιβλιαρίου υγείας ΟΓΑ, η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου	□	□	
2) * Βεβαίωση του Ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. του Νοσοκομείου που παρέπεμψε τον ασθενή για νοσηλεία, από την οποία να προκύπτει ότι δεν είναι δυνατή η παροχή νοσηλείας στον τόπο διαμονής του ασθενή και δεν δύναται να μετακινηθεί με τα συνήθη μέσα μεταφοράς, ενώ θα πρέπει να καταγράφεται το μέσον μεταφοράς καθώς και η ανάγκη τυχόν συνοδού.	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Σε περίπτωση μεταφοράς με δρομολογημένο μέσον μεταφοράς ή πλοίο, θα πρέπει να αναφέρεται το επείγον του περιστατικού. Αν υπάρχει συνοδός γιατρός θα πρέπει να αναφέρεται το όνομα του.			
3) Ονομαστικά εισιτήρια – αποδείξεις νομίμως εκδοθέντα	□	□	
4)** Βεβαίωση του Νοσοκομείου και της Δ/νσης Υγιεινής της Νομαρχίας, από την οποία να προκύπτει αν τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα ήταν διαθέσιμα κατά την ημερομηνία της μεταφοράς.	□	□	
ΙΙ) ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	□	□	
1) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ο αριθμός βιβλιαρίου υγείας ΟΓΑ, η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου			
2) Βεβαίωση του ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου, στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη στον ασθενή και σε περίπτωση που λείπει ο γιατρός αυτός, Βεβαίωση του Προϊσταμένου της οικείας Δ/νσης ή του Τμήματος Υγιεινής, από την οποία να προκύπτει ότι **η πάθηση είναι χρόνια και υπάρχει ανάγκη περιοδικής μετακίνησης του ασθενή για θεραπεία**, ενώ θα πρέπει να σημειώνεται το είδος της θεραπείας, τις ημερομηνίες διενέργειας της θεραπείας κατά ημερολογιακό μήνα και η ανάγκη τυχόν συνοδού.			
3) Για κάθε μετακίνηση του ασθενή και του τυχόν συνοδού, εισιτήριο του μεταφορικού μέσου, αν πρόκειται για μαζικά μέσα μεταφοράς (στο οποίο να αναφέρεται απαραίτητα η ημερομηνία) ή εξοφλητική απόδειξη του μεταφορέα, αν πρόκειται για ταξί ή ασθενοφόρο (στην απόδειξη να αναφέρεται το ονοματεπώνυμο του ασθενή, η ημερομηνία μετακίνησης, το ποσό που πλήρωσε ο ασθενής, ο αριθμός του ταξί και τα στοιχεία του μεταφορέα.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* **Για την απόδοση μεταφοράς με ειδική ναύλωση πλοιαρίου ή αεροπλάνου -ελικοπτέρου κλπ, είναι απαραίτητη η τήρηση της διαδικασίας όπως ορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.**
** **Η βεβαίωση αυτή απαιτείται μόνο στις περιπτώσεις που η μεταφορά γίνεται με ασθενοφόρο ή ταξί από την έδρα του Νοσοκομείου ή της Νομαρχίας.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Απόδοση Δαπάνης Μετακινήσεων ασθενών κατόχων βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.		
Υπηρεσία Υποβολής:	Ο.Γ.Α.		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Ι) ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΣΥΝΗΘΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕΣΑ – ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	☐	☐	
1)Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ο αριθμός βιβλιαρίου υγείας ΟΓΑ, η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου	☐	☐	
2) * Βεβαίωση του Ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. του Νοσοκομείου που παρέπεμψε τον ασθενή για νοσηλεία, από την οποία να προκύπτει ότι δεν είναι δυνατή η παροχή νοσηλείας στον τόπο διαμονής του ασθενή και δεν δύναται να μετακινηθεί με τα συνήθη μέσα μεταφοράς, ενώ θα πρέπει να καταγράφεται το μέσον μεταφοράς καθώς και η ανάγκη τυχόν συνοδού. Σε περίπτωση μεταφοράς με δρομολογημένο μέσον μεταφοράς ή πλοίο, θα πρέπει να αναφέρεται το επείγον του περιστατικού. Αν υπάρχει συνοδός γιατρός θα πρέπει να αναφέρεται το όνομα του.	☐	☐	
3) Ονομαστικά εισιτήρια – αποδείξεις νομίμως εκδοθέντα	☐	☐	
4)** Βεβαίωση του Νοσοκομείου και της Δ/νσης Υγιεινής της Νομαρχίας, από την οποία να προκύπτει αν τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα ήταν διαθέσιμα κατά την ημερομηνία της μεταφοράς.	☐	☐	
Ι Ι) ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	☐	☐	
1) Βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ο αριθμός βιβλιαρίου υγείας ΟΓΑ, η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου			
2) Βεβαίωση του ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου, στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη στον ασθενή και σε περίπτωση που λείπει ο γιατρός αυτός, Βεβαίωση του Προϊσταμένου της οικείας Δ/νσης ή του Τμήματος Υγιεινής, από την οποία να προκύπτει ότι **η πάθηση είναι χρόνια και υπάρχει ανάγκη περιοδικής μετακίνησης του ασθενή για θεραπεία**, ενώ θα πρέπει να σημειώνεται το είδος της θεραπείας, τις ημερομηνίες διενέργειας της θεραπείας κατά ημερολογιακό μήνα και η ανάγκη τυχόν συνοδού.			
3) Για κάθε μετακίνηση του ασθενή και του τυχόν συνοδού, εισιτήριο του μεταφορικού μέσου, αν πρόκειται για μαζικά μέσα μεταφοράς (στο οποίο να αναφέρεται απαραίτητα η ημερομηνία) ή εξοφλητική απόδειξη του μεταφορέα, αν πρόκειται για ταξί ή ασθενοφόρο (στην απόδειξη να αναφέρεται το ονοματεπώνυμο του ασθενή, η ημερομηνία μετακίνησης, το ποσό που πλήρωσε ο ασθενής, ο αριθμός του ταξί και τα στοιχεία του μεταφορέα.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παροχές σε είδος για τους δικαιούχους στον Κλάδο Υγείας».

I) Παροχή φιάλης – αερίου οξυγόνου

II) Χρήση ενοικίαση συσκευής οξυγονοθεραπείας (συμπυκνωτή οξυγόνου)

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Ο.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Ι) Για την παροχή φιάλης – αερίου οξυγόνου:			
Α) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει η πάθηση του ασθενή, η παροχή οξυγόνου σε λίτρα που έχει ανάγκη καθώς και πόσες ώρες το 24ωρο. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Β) Πρωτότυπο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών (αναλυτικό) θεωρημένο από τον αρμόδιο Ελεγκτή Ο.Γ.Α.	□	□	
Γ) Σε περίπτωση αγοράς φιάλης οξυγόνου, Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενή, στην οποία να δηλώνει ότι όταν πάψει ο ασθενής να έχει ανάγκη την φιάλη οξυγόνου, θα την παραδώσει εντός 15 ημερών στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο.	□	□	
Δ) Βεβαίωση Ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου.	□	□	
I I) Για τη χρήση (ενοικίαση) συσκευής οξυγονοθεραπείας (συμπυκνωτή οξυγόνου):			
Α) Γνωμάτευση Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου, ειδικότητας αντίστοιχης με την πάθηση του ασθενή, από την οποία να προκύπτει η πάθηση, η παροχή οξυγόνου σε λίτρα που έχει ανάγκη ο ασθενής και πόσες ώρες το 24ωρο , καθώς και η αναγκαιότητα χρήσης συσκευής συμπυκνωτή οξυγόνου. Ο συμπυκνωτής οξυγόνου χορηγείται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών που κάνουν διαρκή χρήση οξυγόνου σε ημερήσια βάση πάνω από 5 ώρες άνα 2 λίτρα το λεπτό.	□	□	
Β) Πρωτότυπο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών για τη χρήση της συσκευής στο οποίο να αναφέρεται και ο μήνας που αφορά. Τα ανωτέρω δικαιολογητικά θα πρέπει να είναι θεωρημένα από τον αρμόδιο Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	□	□	
Γ) Προσφορές από δύο επιπλέον εταιρείες που διαθέτουν συμπυκνωτή, οι οποίες θα υποβάλλονται στην αρχική ενοικίαση του συμπυκνωτή καθώς και σε κάθε περίπτωση που αναπροσαρμόζεται το ενοίκιο.	□	□	
Δ) Βεβαίωση της εταιρείας που προμηθεύτηκε την συσκευή ο ασθενής από την οποία να προκύπτει ότι: (-) η συσκευή παράγει οξυγόνο του οποίου η περιεκτικότητα σε ροή ενός λίτρου να είναι 90% και άνω (-) εγγυάται την ασφαλή λειτουργία του συμπυκνωτή καθώς και ότι αναλαμβάνει την επισκευή και συντήρηση του (-) αναλαμβάνει την υποχρέωση να διαθέσει δωρεάν στον ασφαλισμένο μία φιάλη οξυγόνου την οποία θα επαναπληρώνει επίσης δωρεάν όταν αυτή χρησιμοποιείται σε περίπτωση διακοπής ρεύματος ή βλάβης του συμπυκνωτή που δεν διορθώνεται άμεσα.	□	□	
Ε) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του ασθενή ή συγγενικού του προσώπου, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής έκανε χρήση της συσκευής το συγκεκριμένο μήνα.	□	□	
ΣΤ) Βεβαίωση Ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου Υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στιχεία κατόχου του βιβλιαρίου η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Δικαιούχος της δαπάνης είναι πάντα ο ασθενής, ενώ σε καμία περίπτωση δεν καλύπτει ο Ο.Γ.Α. δαπάνες αγοράς φιάλης ή αερίου οξυγόνου σε ασφαλισμένους του, στους οποίους έχει ήδη χορηγήσει συμπυκνωτή οξυγόνου.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	«Παροχές σε είδος για τους δικαιούχους στον Κλάδο Υγείας». I) Παροχή φιάλης – αερίου οξυγόνου II) Χρήση ενοικίαση συσκευής οξυγονοθεραπείας (συμπυκνωτή οξυγόνου)		
Υπηρεσία Υποβολής:	Ο.Γ.Α.		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
I) Για την παροχή φιάλης – αερίου οξυγόνου:			
Α) Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει η πάθηση του ασθενή, η παροχή οξυγόνου σε λίτρα που έχει ανάγκη καθώς και πόσες ώρες το 24ωρο. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	☐	☐	
Β) Πρωτότυπο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών (αναλυτικό) θεωρημένο από τον αρμόδιο Ελεγκτή Ο.Γ.Α.	☐	☐	
Γ) Σε περίπτωση αγοράς φιάλης οξυγόνου, Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 στενού συγγενικού προσώπου του ασθενή, στην οποία να δηλώνει ότι όταν πάψει ο ασθενής να έχει ανάγκη την φιάλη οξυγόνου, θα την παραδώσει εντός 15 ημερών στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο.	☐	☐	
Δ) Βεβαίωση Ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου.	☐	☐	
I I) Για τη χρήση (ενοικίαση) συσκευής οξυγονοθεραπείας (συμπυκνωτή οξυγόνου):			
Α) Γνωμάτευση Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου, ειδικότητας αντίστοιχης με την πάθηση του ασθενή, από την οποία να προκύπτει η πάθηση, η παροχή οξυγόνου σε λίτρα που έχει ανάγκη ο ασθενής και πόσες ώρες το 24ωρο , καθώς και η αναγκαιότητα χρήσης συσκευής συμπυκνωτή οξυγόνου. Ο συμπυκνωτής οξυγόνου χορηγείται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών που κάνουν διαρκή χρήση οξυγόνου σε ημερήσια βάση πάνω από 5 ώρες ανά 2 λίτρα το λεπτό.	☐	☐	
Β) Πρωτότυπο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών για τη χρήση της συσκευής στο οποίο να αναφέρεται και ο μήνας που αφορά. Τα ανωτέρω δικαιολογητικά θα πρέπει να είναι θεωρημένα από τον αρμόδιο Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α.	☐	☐	
Γ) Προσφορές από δύο επιπλέον εταιρείες που διαθέτουν συμπυκνωτή, οι οποίες θα υποβάλλονται στην αρχική ενοικίαση του συμπυκνωτή καθώς και σε κάθε περίπτωση που αναπροσαρμόζεται το ενοίκιο.	☐	☐	
Δ) Βεβαίωση της εταιρείας που προμηθεύτηκε την συσκευή ο ασθενής από την οποία να προκύπτει ότι: (-) η συσκευή παράγει οξυγόνο του οποίου η περιεκτικότητα σε ροή ενός λίτρου να είναι 90% και άνω (-) εγγυάται την ασφαλή λειτουργία του συμπυκνωτή καθώς και	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ότι αναλαμβάνει την επισκευή και συντήρηση του (-) αναλαμβάνει την υποχρέωση να διαθέσει δωρεάν στον ασφαλισμένο μία φιάλη οξυγόνου την οποία θα επαναπληρώνει επίσης δωρεάν όταν αυτή χρησιμοποιείται σε περίπτωση διακοπής ρεύματος ή βλάβης του συμπυκνωτή που δεν διορθώνεται άμεσα.			
Ε) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του ασθενή ή συγγενικού του προσώπου, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής έκανε χρήση της συσκευής το συγκεκριμένο μήνα.	□	□	
ΣΤ) Βεβαίωση Ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου Υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στιχεία κατόχου του βιβλιαρίου η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απόδοση Δαπάνης Αποκλειστικής Αδελφής».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:		Ισχύς Βιβλιαρίου :					
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Επωνυμία Εταιρείας :
Α.Φ.Μ.:

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Τα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο μηχανογραφικό έντυπο της υπηρεσίας.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απόδοση Δαπάνης Αποκλειστικής Αδελφής**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Προσφυγή κατά απόφασης Διεύθυνσης Υγιεινής με την οποία έχει απορριφθεί η νοσηλεία σε μη συμβλημένη ιδιωτική κλινική ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Ο.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:				Ισχύς Βιβλιαρίου :			
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας – Κλινικής :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ　　　　　　　　　　Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Απόφαση του **Προϊσταμένου της οικείας Δ/νσης – Τμήματος Υγιεινής που υπάγεται το Θεραπευτήριο**	☐	☐	☐
2. Γνωμάτευση του ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α.	☐	☐	
3. Φωτοαντίγραφα των θεωρημένων σελίδων του βιβλιαρίου Υγείας Ο.Γ.Α.	☐	☐	
4. Πρωτότυπο δελτίο παροχής Υπηρεσιών της Κλινικής	☐	☐	
5. Διπλότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των γιατρών (χειρουργού – αναισθησιολόγου)	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

6.Διπλότυπο τιμολόγιο πώλησης φαρμάκων με επικολλημένα τα ανάλογα κουπόνια	☐	☐	
7.Οποιαδήποτε άλλα έγγραφα στοιχεία κρίνει ο προσφεύγων	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
1. **Ο ενδιαφερόμενος να είναι ασφαλισμένος για τον Κλάδο Υγείας του Ο.Γ.Α.**
2. **Η προσφυγή ασκείται μόνο κατά αποφάσεως του Προϊσταμένου της οικείας Δ/νσης – Τμήματος Υγιεινής που εκδίδεται μετά γνώμης του αρμόδιου Ελεγκτού γιατρού Ο.Γ.Α.**
3. **Κατά της απόφασης της Συντονιστικής Επιτροπής δεν προβλέπεται άσκηση ένδικου μέσου.**
4. **Ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 11 του Κανονισμού Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Προσφυγή κατά απόφασης Διεύθυνσης Υγιεινής με την οποία έχει απορριφθεί η νοσηλεία σε μη συμβλημένη ιδιωτική κλινική**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Απόφαση του Προϊσταμένου της οικείας Δ/νσης – Τμήματος Υγιεινής που υπάγεται το Θεραπευτήριο	☐	☐	☐
2. Γνωμάτευση του ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α.	☐	☐	
3. Φωτοαντίγραφα των θεωρημένων σελίδων του βιβλιαρίου Υγείας Ο.Γ.Α.	☐	☐	
4. Πρωτότυπο δελτίο παροχής Υπηρεσιών της Κλινικής	☐	☐	
5. Διπλότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των γιατρών (χειρουργού – αναισθησιολόγου)	☐	☐	
6.Διπλότυπο τιμολόγιο πώλησης φαρμάκων με επικολλημένα τα ανάλογα κουπόνια	☐	☐	
7.Οποιαδήποτε άλλα έγγραφα στοιχεία κρίνει ο προσφεύγων	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απόδοση δαπάνης μέσων παροδικής χρήσης (σάκων κολοστομίας, καθετήρων, ουροσυλλεκτών, συρίγγων ινσουλίνης, test και συσκευής μετρήσεως σακχάρου, υλικών αποσιδήρωσης κ.λπ.) ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			Ισχύς Βιβλιαρίου :				
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη απαραίτητα από τον Ελεγκτή – Ιατρό του ΟΓΑ από την οποία να προκύπτει η πάθηση του ασθενή και η απαιτούμενη ποσότητα μέσων παροδικής χρήσης μηνιαίως (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΟΓΑ, άρθρο 20)	☐	☐	
2. Τιμολόγιο αγοράς των Μ.Π.Χ. θεωρημένο απαραίτητα από τον Ελεγκτή – Ιατρό ΟΓΑ του Νοσοκομείου που έχει δώσει τη γνωμάτευση. Το τιμολόγιο πρέπει υποχρεωτικά να περιέχει τα εξής στοιχεία : α) Το ονοματεπώνυμο του ασθενούς β) Τα αγορασθέντα μέσα Παροδικής χρήσης (Μ.Π.Χ.) και γ) το ποσόν	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

3) Βεβαίωση Ανταποκριτή ΟΓΑ ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου Υγείας ΟΓΑ του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου, η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απόδοση δαπάνης μέσων παροδικής χρήσης (σάκων κολοστομίας, καθετήρων, ουροσυλλεκτών, συρίγγων ινσουλίνης, test και συσκευής μετρήσεως σακχάρου, υλικών αποσιδήρωσης κ.λπ.)**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη απαραίτητα από τον Ελεγκτή – Ιατρό του ΟΓΑ από την οποία να προκύπτει η πάθηση του ασθενή και η απαιτούμενη ποσότητα μέσων παροδικής χρήσης μηνιαίως (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΟΓΑ, άρθρο 20)	☐	☐	
2. Τιμολόγιο αγοράς των Μ.Π.Χ. θεωρημένο απαραίτητα από τον Ελεγκτή – Ιατρό ΟΓΑ του Νοσοκομείου που έχει δώσει τη γνωμάτευση. Το τιμολόγιο πρέπει υποχρεωτικά να περιέχει τα εξής στοιχεία : α) Το ονοματεπώνυμο του ασθενούς β) Τα αγορασθέντα μέσα Παροδικής χρήσης (Μ.Π.Χ.) και γ) το ποσόν	☐	☐	
3) Βεβαίωση Ανταποκριτή ΟΓΑ ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου Υγείας ΟΓΑ του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου, η διάρκεια ισχύος του και ο αριθμός Μητρώου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Κληρονομικές απαιτήσεις από ανείσπρακτες παροχές περίθαλψης».

Είδος παροχής (π.χ. ορθοπεδικά είδη – ειδικές εξετάσεις)

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:							
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:		Ισχύς Βιβλιαρίου :					
Α.Μ.Κ.Α. :							
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α)ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 10/ΠΛΑΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ο.Γ.Α. (Το δικαιούται)	☐	☐	
1.Ο επιζών σύζυγος πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος	☐	☐	
2.Ο επιμεληθείς της κηδείας (αν δεν υπάρχει σύζυγος), πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική Πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος γ) Βεβαίωση εφημερίου για την επιμέλεια της κηδείας	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Β) ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΑΝΩ ΤΟΥ 10/ΠΛΑΣΙΟΥ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ο.Γ.Α.	☐	☐	
1.Ο αιτών κληρονόμος πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική Πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος γ) Βεβαίωση Οικονομικού Εφόρου για τη δήλωση του ποσού, αν το ποσό είναι άνω των 1.500 € κατά κληρονόμο. δ) Βεβαίωση Πρωτοδικείου αν δημοσιεύτηκε ή όχι διαθήκη. Σε περίπτωση δημοσίευσης, αντίγραφο αυτής. ε) Εξουσιοδότηση των κληρονόμων στον αιτούντα, που πρέπει να είναι θεωρημένες για το γνήσιο της υπογραφής από Αστυνομική ή Δημοτική Αρχή.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Κληρονομικές απαιτήσεις από ανείσπρακτες παροχές περίθαλψης		
Υπηρεσία Υποβολής:	Ο.Γ.Α.		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α)ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 10/ΠΛΑΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ο.Γ.Α. (Το δικαιούται)	☐	☐	
1.Ο επιζών σύζυγος πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος	☐	☐	
2.Ο επιμεληθείς της κηδείας (αν δεν υπάρχει σύζυγος), πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική Πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος γ) Βεβαίωση εφημερίου για την επιμέλεια της κηδείας	☐	☐	
Β) ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΑΝΩ ΤΟΥ 10/ΠΛΑΣΙΟΥ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ο.Γ.Α.	☐	☐	
1.Ο αιτών κληρονόμος πρέπει να προσκομίσει: α) Ληξιαρχική Πράξη θανάτου β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης θανόντος γ) Βεβαίωση Οικονομικού Εφόρου για τη δήλωση του ποσού, αν το ποσό είναι άνω των 1.500 € κατά κληρονόμο. δ) Βεβαίωση Πρωτοδικείου αν δημοσιεύτηκε ή όχι διαθήκη. Σε περίπτωση δημοσίευσης, αντίγραφο αυτής. ε) Εξουσιοδότηση των κληρονόμων στον αιτούντα, που πρέπει να είναι θεωρημένες για το γνήσιο της υπογραφής από Αστυνομική ή Δημοτική Αρχή.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού Εντύπου Ε 104 (για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:							
Διεύθυνση στο Εξωτερικό:				Τηλέφωνο:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	□	□	
2. Βεβαίωση Απασχόλησης (Σ.104)	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού Εντύπου Ε 104** (για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης)			
Υπηρεσία Υποβολής:	Ο.Γ.Α.			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	□	□	
2. Βεβαίωση Απασχόλησης (Σ.104)	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού εντύπου Ε 111 (για προσωρινή διαμονή)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:		
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:						
Διεύθυνση στο εξωτερικό:			Τηλέφωνο:			
Χώρα Προσωρινής Διαμονής:			Χρόνος Διαμονής:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1.Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του Βιβλιαρίου Υγείας	□	□	
2. Φωτοαντίγραφο της σελίδας θεώρησης για το έτος ισχύος του εντύπου. Προκειμένου για έμμεσα ασφαλισμένο μέλος απαιτείται επιπλέον φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας καθώς και της σελίδας που προκύπτει η θεώρηση του βιβλιαρίου υγείας για το έτος ισχύος του εντύπου, του άμεσα ασφαλισμένου.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: α) Το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται ΜΟΝΟ για ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ περιστατικά στον τόπο προσωρινής διαμονής και ΔΕΝ πρέπει να χρησιμοποιηθεί για ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ νοσηλεία στο εξωτερικό. Σε περίπτωση που αποδειχθεί ότι η νοσηλεία σε χώρα της Ε.Ε , εκτός Ελλάδας, δεν έχει το χαρακτήρα του επείγοντος ο ενδιαφερόμενος αναλαμβάνει την υποχρέωση να πληρώσει την δαπάνη της νοσηλείας με δικά του χρήματα.
β) Προκειμένου για έμμεσα ασφαλισμένο μέλος απαιτείται επιπλέον φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του καθώς και της σελίδας που προκύπτει η θεώρηση του βιβλιαρίου του για το έτος ισχύος του εντύπου

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Γνωρίζω ότι το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται μόνο για επείγοντα περιστατικά ασθενείας που τυχόν, θα μου συμβούν στον τόπο της προσωρινής μου διαμονής και ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί για προγραμματισμένη Νοσηλεία στο εξωτερικό. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να πληρώσω με δικά μου χρήματα τη δαπάνη, στην περίπτωση που αποδειχθεί ότι η η νοσηλεία μου σε χώρα της Ε.Ε., εκτός Ελλάδας Δεν είχε το χαρακτήρα του επείγοντος.

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση και αποστολή Κοινοτικού εντύπου Ε 111 (για προσωρινή διαμονή)**				
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του Βιβλιαρίου Υγείας	☐	☐	
2. Φωτοαντίγραφο της σελίδας θεώρησης για το έτος ισχύος του εντύπου. Προκειμένου για έμμεσα ασφαλισμένο μέλος απαιτείται επιπλέον φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας καθώς και της σελίδας που προκύπτει η θεώρηση του βιβλιαρίου υγείας για το έτος ισχύος του εντύπου, του άμεσα ασφαλισμένου.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Εντύπου Ε 128 (για φοιτητές)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ο.Γ.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:							
Διεύθυνση στο Εξωτερικό:			Τηλέφωνο:				
Χώρα Προσωρινής Διαμονής:		Χρόνος Διαμονής:					

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό εγγραφής στη Σχολή για το Ακαδημαϊκό εξάμηνο ή έτος για το οποίο ζητείται το έντυπο	□	□	□
2. Φωτοαντίγραφο πρώτης σελίδας Βιβλιαρίου Υγείας	□	□	
3. Φωτοαντίγραφο σελίδας θεώρησης για το έτος ισχύος του εντύπου	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σε κάθε περίπτωση , εφόσον πρόκειται για φοιτητή, απαιτείται επιπλέον φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας καθώς και της σελίδας που προκύπτει η θεώρηση του βιβλιαρίου για το έτος ισχύος του εντύπου του άμεσα ασφαλισμένου

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Εντύπου Ε 128 (για φοιτητές)		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό εγγραφής στη Σχολή για το Ακαδημαϊκό εξάμηνο ή έτος για το οποίο ζητείται το έντυπο	☐	☐	☐
2. Φωτοαντίγραφο πρώτης σελίδας Βιβλιαρίου Υγείας	☐	☐	
3. Φωτοαντίγραφο σελίδας θεώρησης για το έτος ισχύος του εντύπου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Εντύπου Ε 121 (για μόνιμη εγκατάσταση) συνταξιούχου πλην ανασφάλιστου υπερήλικα ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Ο.Γ.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:							
Διεύθυνση στο Εξωτερικό:			Τηλέφωνο:				
Χώρα Μόνιμης Διαμονής:			Χρόνος Διαμονής:				

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βιβλιάριο Υγείας	□	□	
2.Δήλωση κατοικίας του αιτούντα στο εξωτερικό από τον αρμόδιο Δήμο ή Αστυνομική Αρχή	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση και αποστολή του Κοινοτικού Εντύπου** Ε 121 (για μόνιμη εγκατάσταση) συνταξιούχου πλην ανασφάλιστου υπερήλικα

Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Βιβλιαρίου Υγείας	□	□	
2.Δήλωση κατοικίας του αιτούντα στο εξωτερικό από τον αρμόδιο Δήμο ή Αστυνομική Αρχή	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες αν ο θανών – η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	□	□	□
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του θανόντα – της θανούσας στον ξένο φορέα ή συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον έπαιρνε σύνταξη	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………….20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες αν ο θανών – η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)».**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	□	□	□
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του θανόντα – της θανούσας στον ξένο φορέα ή συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον έπαιρνε σύνταξη	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης αναπηρίας για όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση κρατικού γιατρού για την πάθηση του αιτούντος	□	□	
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης αναπηρίας για όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση κρατικού γιατρού για την πάθηση του αιτούντος	□	□	
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης αναπηρίας σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση κρατικού γιατρού για την πάθηση του αιτούντος	□	□	
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης αναπηρίας σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση κρατικού γιατρού για την πάθηση του αιτούντος	☐	☐	
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης γήρατος σε όσους έχουν χρόνο ασφάλισης σε χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διμερή σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας (Καναδάς, Κεμπέκ, Η.Π.Α., Ν. Ζηλανδία, Αργεντινή, Κύπρος, Βραζιλία, Αίγυπτος, Βενεζουέλα, Ουρουγουάη)**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του αιτούντος στον ξένο φορέα ή αρχική συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον είναι ήδη συνταξιούχος	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες, αν ο θανών – η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε. ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης :						

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	□	□	□
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του θανόντα – της θανούσας στον ξένο φορέα ή συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον έπαιρνε σύνταξη	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο έντυπο αίτησης της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Απονομή σύνταξης χηρείας ή ορφανών σε επιζώντες, αν ο θανών – η θανούσα είχε χρόνο ασφάλισης σε χώρες της Ε.Ε.**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	□	□	□
2. Έγγραφα στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλιση του θανόντα – της θανούσας στον ξένο φορέα ή συνταξιοδοτική απόφαση, εφόσον έπαιρνε σύνταξη	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επανεκτύπωση ειδοποίησης – απόδειξης καταβολής εισφοράς».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της ειδοποίησης –απόδειξης καταβολής εισφοράς	□	□	□
2. Υπεύθυνη Δήλωση * (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * « Αν ο αιτών έχει αλλάξει διεύθυνση κατοικίας θα πρέπει να αναφέρει τα πλήρη στοιχεία της νέας διεύθυνσης του και ταυτόχρονα να υποβάλει αναγγελία μεταβολής για αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας (αν δεν έχει ήδη υποβάλει σχετική αίτηση)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επανεκτύπωση ειδοποίησης – απόδειξης καταβολής εισφοράς**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της ειδοποίησης -απόδειξης καταβολής εισφοράς	□	□	□
2. Υπεύθυνη Δήλωση * (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Αποδείξεις καταβολής εισφορών ή Υπεύθυνη Δήλωση σε περίπτωση απώλειας ή κατάθεσης τους στον ΟΓΑ	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών ΟΓΑ**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Αποδείξεις καταβολής εισφορών ή Υπεύθυνη Δήλωση σε περίπτωση απώλειας ή κατάθεσης τους στον ΟΓΑ	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγγελία Μεταβολών ασφαλισμένου ΟΓΑ».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
(Ο ενδιαφερόμενος σημειώνει την περίπτωση που τον ενδιαφέρει)

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
☐ **Διόρθωση στοιχείων ταυτότητας (επωνύμου, ονόματος, πατρωνύμου, αριθ. ταυτότητας/διαβατηρίου)**			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου	☐	☐	
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής (για αλλοδαπό)	☐	☐	
☐ **Διόρθωση ημερομηνίας γέννησης**			
1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή φωτοαντίγραφο της νέας αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	
☐ **Αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας**			
1. Να συμπληρωθεί στο κείμενο της Υπεύθυνης Δήλωσης (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) πλήρως η νέα διεύθυνση : Πόλη /χωριό/οικισμός/οδός/αριθ./Τ.Κ.	☐	☐	
☐ **Αλλαγή Α.Φ.Μ.**			
1. .Να συμπληρωθεί στο κείμενο της Υπεύθυνης Δήλωσης (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ο σωστός Α.Φ.Μ.	☐	☐	
☐ **Θάνατος ασφαλισμένου**			
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	☐	☐	☐
☐ **Διακοπή ασφάλισης λόγω αλλαγής επαγγέλματος**			
1. Βεβαίωση του νέου ασφαλιστικού φορέα από την οποία να προκύπτει η έναρξη ασφάλισης σε αυτόν	☐	☐	
☐ **Διακοπή ασφάλισης λόγω συνταξιοδότησης**			
1. Αντίγραφο της συνταξιοδοτικής απόφασης	☐	☐	
☐ **Αλλαγή ασφαλιστικής κατηγορίας.**			
1. Να συμπληρωθεί στην Υπεύθυνη Δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) η νέα ασφαλιστική κατηγορία που επιθυμεί ο ασφαλισμένος . (Η αλλαγή θα ισχύσει από την πρώτη του επομένου της υποβολής της αίτησης έτους).	☐	☐	
☐ **Έκδοση νέας Κάρτας ΑΜΚΑ.**			
1. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει στην Υπεύθυνη Δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) την απώλεια της κάρτας ΑΜΚΑ.	☐	☐	
☐ **Διακοπή – διαγραφή από τα Μητρώα λόγω παύσης της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητας.**			
1. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των εκκαθαριστικών σημειωμάτων φόρου εισοδήματος των ετών που ζητείται η διακοπή/διαγραφή. Σε περίπτωση που ο αιτών δεν ήταν υποχρεωμένος σε υποβολή φορολογικής δήλωσης θα πρέπει να υποβάλει α) υπεύθυνη δήλωση του θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ, ότι δεν	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

υποχρεούτο σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) βεβαίωση του αρμόδιου Ανταποκριτή ΟΓΑ (εφόσον ο Ανταποκριτής έχει άμεση αντίληψη) ότι έχει διακόψει την άσκηση του επαγγέλματος για το οποίο ασφαλίστηκε στον ΟΓΑ και από πότε.			
2. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει από ποια ημερομηνία διέκοψε την άσκηση της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του	□	□	
□ **Διόρθωση έναρξης ασφάλισης (αναδρομική εγγραφή).**			
1. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των εκκαθαριστικών σημειωμάτων φόρου εισοδήματος των ετών που ζητείται η αναδρομική εγγραφή. Σε περίπτωση που ο αιτών δεν ήταν υποχρεωμένος σε υποβολή φορολογικής δήλωσης θα πρέπει να υποβάλει α) υπεύθυνη δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ, ότι δεν υποχρεούτο σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) δικαιολογητικά από τα οποία να αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόλησή του για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο όπως: - Βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτει η παράδοση ή η πώληση αγροτικών – κτηνοτροφικών προϊόντων, καθώς και η ποσότητα αυτών για τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή . - Βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας ή της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους αγροτικές επιδοτήσεις που ελάμβανε , το ύψος αυτών καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των δένδρων, των στρεμμάτων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή. Αν δεν υπάρχουν τα ως άνω δικαιολογητικά θα πρέπει να υποβληθεί βεβαίωση του αρμόδιου Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόλησή του κατά τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή συμπληρωμένη στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ (εφόσον ο Ανταποκριτής έχει άμεση αντίληψη).	□	□	
2. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει: α) από ποια ημερομηνία άρχισε την ασφαλιστέα στον ΟΓΑ επαγγελματική δραστηριότητά του και πού την ασκούσε β) πού κατοικούσε τα έτη για τα οποία ζητά την αναδρομική εγγραφή και γ) αν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν ασφαλισμένος ή συνταξιούχος άλλου φορέα (ελληνικού ή ξένου) και σε καταφατική περίπτωση σε ποιο φορέα και από πότε μέχρι πότε.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Αναγγελία Μεταβολών ασφαλισμένου ΟΓΑ**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
□ **Διόρθωση στοιχείων ταυτότητας (επωνύμου, ονόματος, πατρωνύμου, αριθ. ταυτότητας/διαβατηρίου)**			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου	□	□	
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής (για αλλοδαπό)	□	□	
□ **Διόρθωση ημερομηνίας γέννησης**			
1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή φωτοαντίγραφο της νέας αστυνομικής ταυτότητας	□	□	
□ **Αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας**			
1. Να συμπληρωθεί στο κείμενο της Υπεύθυνης Δήλωσης (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) πλήρως η νέα διεύθυνση : Πόλη /χωριό/οικισμός/οδός/αριθ./Τ.Κ.	□	□	
□ **Αλλαγή Α.Φ.Μ.**			
1. .Να συμπληρωθεί στο κείμενο της Υπεύθυνης Δήλωσης (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ο σωστός Α.Φ.Μ.	□	□	
□ **Θάνατος ασφαλισμένου**			
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου	□	□	□
□ **Διακοπή ασφάλισης λόγω αλλαγής επαγγέλματος**			
1. Βεβαίωση του νέου ασφαλιστικού φορέα από την οποία να προκύπτει η έναρξη ασφάλισης σε αυτόν	□	□	
□ **Διακοπή ασφάλισης λόγω συνταξιοδότησης**			
1. Αντίγραφο της συνταξιοδοτικής απόφασης	□	□	
□ **Αλλαγή ασφαλιστικής κατηγορίας.**			
1. Να συμπληρωθεί στην Υπεύθυνη Δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) η νέα ασφαλιστική κατηγορία που επιθυμεί ο ασφαλισμένος . (Η αλλαγή θα ισχύσει από την πρώτη του επομένου της υποβολής της αίτησης έτους).	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

□ **Έκδοση νέας Κάρτας ΑΜΚΑ.**			
1. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει στην Υπεύθυνη Δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) την απώλεια της κάρτας ΑΜΚΑ.	□	□	
□ **Διακοπή – διαγραφή από τα Μητρώα λόγω παύσης της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητας.**			
1. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των εκκαθαριστικών σημειωμάτων φόρου εισοδήματος των ετών που ζητείται η διακοπή/διαγραφή. Σε περίπτωση που ο αιτών δεν ήταν υποχρεωμένος σε υποβολή φορολογικής δήλωσης θα πρέπει να υποβάλει α) υπεύθυνη δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ, ότι δεν υποχρεούτο σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) βεβαίωση του αρμόδιου Ανταποκριτή ΟΓΑ (εφόσον ο Ανταποκριτής έχει άμεση αντίληψη) ότι έχει διακόψει την άσκηση του επαγγέλματος για το οποίο ασφαλίστηκε στον ΟΓΑ και από πότε.	□	□	
2. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει από ποια ημερομηνία διέκοψε την άσκηση της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του	□	□	
□ **Διόρθωση έναρξης ασφάλισης (αναδρομική εγγραφή).**			
1. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των εκκαθαριστικών σημειωμάτων φόρου εισοδήματος των ετών που ζητείται η αναδρομική εγγραφή. Σε περίπτωση που ο αιτών δεν ήταν υποχρεωμένος σε υποβολή φορολογικής δήλωσης θα πρέπει να υποβάλει α) υπεύθυνη δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ, ότι δεν υποχρεούτο σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) δικαιολογητικά από τα οποία να αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόλησή του για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο όπως: - Βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτει η παράδοση ή η πώληση αγροτικών – κτηνοτροφικών προϊόντων, καθώς και η ποσότητα αυτών για τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή . - Βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας ή της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους αγροτικές επιδοτήσεις που ελάμβανε , το ύψος αυτών καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των δένδρων, των στρεμμάτων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή. Αν δεν υπάρχουν τα ως άνω δικαιολογητικά θα πρέπει να υποβληθεί βεβαίωση του αρμόδιου Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόλησή του κατά τα έτη που ζητά την αναδρομική εγγραφή συμπληρωμένη στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ (εφόσον ο Ανταποκριτής έχει άμεση αντίληψη).	□	□	
2. Ο αιτών πρέπει να δηλώσει: α) από ποια ημερομηνία άρχισε την ασφαλιστέα στον ΟΓΑ επαγγελματική δραστηριότητά του και πού την ασκούσε β) πού κατοικούσε τα έτη για τα οποία ζητά την αναδρομική εγγραφή και γ) αν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν ασφαλισμένος ή συνταξιούχος άλλου φορέα (ελληνικού ή ξένου) και σε καταφατική περίπτωση σε ποιο φορέα και από πότε μέχρι πότε.	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης ασφαλιστικής ενημερότητας».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Ανταποκριτή ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας απόδειξης καταβολής εισφορών	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης ασφαλιστικής ενημερότητας**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο της τελευταίας απόδειξης καταβολής εισφορών	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος :«Κατάθεση Υπεύθυνης Δήλωσης Εργοδότη –ετών..... (για αγρεργάτη)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Υπηκοότητα:		Ε.Δ.Τ.Ο:		Αριθμός Άδειας Παραμονής:			
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Το Ε1 (Δήλωση Φορολογίας Εισοδήματος) του εργοδότη, για το συγκεκριμένο έτος απασχόλησης	☐	☐	
2. Αν δεν υποβάλλει ο εργοδότης Ε1,από άλλα δικαιολογητικά , αποδεικτικά της ύπαρξης της περιουσίας.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Τα παραπάνω δικαιολογητικά συνοδεύουν τις Υπεύθυνες Δηλώσεις που πρέπει να συμπληρωθούν.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Κατάθεση Υπεύθυνης Δήλωσης Εργοδότη -ετών …… (για αγρεργάτη)**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Ο.Γ.Α.**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Το Ε1 (Δήλωση Φορολογίας Εισοδήματος) του εργοδότη, για το συγκεκριμένο έτος απασχόλησης	☐	☐	
2. Αν δεν υποβάλλει ο εργοδότης Ε1,από άλλα δικαιολογητικά , αποδεικτικά της ύπαρξης της περιουσίας.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης για έκδοση άδειας εργασίας σε αλλοδαπό».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*Ανταποκριτή ΟΓΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης και απόδειξη καταβολής εισφοράς	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης για έκδοση άδειας εργασίας σε αλλοδαπό**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης και απόδειξη καταβολής εισφοράς	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης καταβολής εισφορών για φορολογική χρήση».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης και απόδειξη καταβολής εισφορών	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση* (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: *Αν ο αιτών δεν έχει λάβει ακόμη την ειδοποίηση που του εστάλη ή την έχασε θα πρέπει να δηλώσει α) ότι θα χρησιμοποιήσει μόνο τη νέα βεβαίωση και β) ότι θα καταστρέψει την πρώτη σε περίπτωση που θα τη λάβει καθυστερημένα ή θα την βρει

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης καταβολής εισφορών για φορολογική χρήση**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης και απόδειξη καταβολής εισφορών	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση* (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης περί ασφάλισης, διακοπής ασφάλισης, επανεγγραφής και λοιπές βεβαιώσεις σχετικές με την ασφάλιση».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης – απόδειξης καταβολής εισφοράς	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης περί ασφάλισης, διακοπής ασφάλισης, επανεγγραφής και λοιπές βεβαιώσεις σχετικές με την ασφάλιση**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της τελευταίας ειδοποίησης – απόδειξης καταβολής εισφοράς	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης για έγκριση ασφάλισης – προώθηση δελτίου απογραφής (για έκδοση βιβλιαρίου υγείας)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης για έγκριση ασφάλισης – προώθηση δελτίου απογραφής (για έκδοση βιβλιαρίου υγείας)**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Δελτίο Απογραφής – Αίτηση/Υπεύθυνη Δήλωση για εγγραφή στα Μητρώα ασφαλισμένων του κλάδου κύριας ασφάλισης».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. α. Αγρότες			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή).	□	□	□
● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα).	□	□	□
● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε..	□	□	□
● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.), από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της αγροτικής δραστηριότητάς του. ✓ Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος **δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης,** θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη Δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.** Στην περίπτωση αυτή ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει, εκτός της ως άνω υπεύθυνης δήλωσης, **να υποβάλει και δικαιολογητικά** από τα οποία θα αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόλησή του στην αγροτική οικονομία, όπως : - Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει αν είναι γραμμένος στα Μητρώα Αγροτών και Αγροτικών Εκμεταλλεύσεων (ΜΑΑΕ) του Ν. 2332/95 και με ποια ιδιότητα (του αγρότη ή του κατόχου αγροτικής εκμετάλλευσης). - **Βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτει η παράδοση ή η πώληση αγροτικών - κτηνοτροφικών προϊόντων, καθώς και η ποσότητα αυτών .** - **Βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας ή της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους αγροτικές επιδοτήσεις που λαμβάνει, το ύψος αυτών, καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των**	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

δέντρων, των στρεμμάτων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε . **Αν δεν υπάρχουν ούτε τα παραπάνω δικαιολογητικά και ο αρμόδιος Ανταποκριτής του ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει να υποβληθεί** βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ **για την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένη στο νέο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ .** **Αν ο ενδιαφερόμενος δεν μπορεί να προσκομίσει κανένα από τα παραπάνω δικαιολογητικά και εφόσον ο Ανταποκριτής ΟΓΑ δεν έχει προσωπική αντίληψη για την απασχόλησή του, δεν θα συμπληρώνεται δελτίο απογραφής και δεν θα γίνονται δεκτές σχετικές αιτήσεις.** ✓ **Σε περίπτωση που έχουν δηλωθεί από τον αιτούντα εισοδήματα προερχόμενα από την αγροτική οικονομία, αλλά δεν έχει εκδοθεί ακόμη από την αρμόδια Δ Ο Υ το σχετικό εκκαθαριστικό σημείωμα,** θα πρέπει, αντί του εκκαθαριστικού, να υποβληθούν αναλόγως: α) Εάν ο ενδιαφερόμενος υπέβαλε για πρώτη φορά φορολογική δήλωση, ακριβές φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος, συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος, στην οποία θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου, ότι δεν έχει ακόμη λάβει το εκκαθαριστικό σημείωμα και ότι υπέβαλε για πρώτη φορά δήλωση φορολογίας εισοδήματος. β) Εάν ο αιτών έχει υποβάλει κατά τα προηγούμενα έτη φορολογική δήλωση (για εισοδήματα προερχόμενα από μη αγροτική απασχόληση) θα πρέπει να υποβληθεί: - Αντίγραφο του πιο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος δήλωσης φορολογίας εισοδήματος και - Ακριβές φωτοαντίγραφο του τελευταίου εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (με τα αγροτικά εισοδήματα), συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος, στην οποία αυτός θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου και ότι δεν έχει ακόμη λάβει το σχετικό εκκαθαριστικό σημείωμα. ✓ **Σε περίπτωση που υπάρχουν εισοδήματα προερχόμενα από την αγροτική οικονομία, τα οποία όμως δεν έχουν ακόμη δηλωθεί** επειδή δεν έχουν ακόμη κατατεθεί οι φορολογικές δηλώσεις για το σχετικό οικονομικό έτος, αντί του εκκαθαριστικού σημειώματος, θα πρέπει να υποβληθούν: - Αντίγραφο του πιο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος, αν ο αιτών έχει υποβάλει τα προηγούμενα έτη φορολογική δήλωση (για εισοδήματα διαφορετικά των αγροτικών), ή, αν ο αιτών δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης, Υπεύθυνη δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ., ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης. - Δικαιολογητικά από τα οποία θα αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόληση του αιτούντος στην αγροτική οικονομία, όπως αυτά που αναφέρουμε ανωτέρω για την περίπτωση που δεν υπάρχει υποχρέωση υποβολής φορολογικής δήλωσης (όπως βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης, βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας κ.λ.π.).Αν δεν υπάρχουν ούτε τα δικαιολογητικά αυτά και ο αρμόδιος Ανταποκριτής του ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει να υποβληθεί βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόληση αυτού, συμπληρωμένη στο νέο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ.			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

β. Μέλη αγροτικών οικογενειών			
Σε περίπτωση που ο αιτών δεν έχει δική του περιουσία (ή έχει περιορισμένη) και απασχολείται στην αγροτική εκμετάλλευση της οικογενείας του, θα πρέπει να υποβληθούν : Τα παραπάνω δικαιολογητικά της παραγρ. 1α για τον απογραφόμενο . • Τα ίδια δικαιολογητικά, πλην της αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης και του δελτίου ταυτότητας, για τον αρχηγό της αγροτικής εκμετάλλευσης (σύζυγο, γονέα ή τέκνο). • Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του απογραφόμενου.	□	□	□
2. Εκμεταλλευτές Γεωργικών Επιχειρήσεων (πτηνοτρόφοι, ανθοπαραγωγοί κ.λ.π.)			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει να** είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. **Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ακόμη από την αρμόδια Δ Ο Υ το εκκαθαριστικό σημείωμα**, θα πρέπει να υποβληθεί α) ακριβές φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος, συνοδευόμενο από υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος για την ακρίβεια των στοιχείων της δήλωσης και τη μη λήψη του εκκαθαριστικού σημειώματος και β) βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητας (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.).	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Αν δεν έχει ακόμη υποβληθεί φορολογική δήλωση επειδή δεν έχουν ακόμη κατατεθεί οι φορολογικές δηλώσεις για το σχετικό οικονομικό έτος, και υπό την προϋπόθεση ότι ο Ανταποκριτής ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, αντί του εκκαθαριστικού σημειώματος, θα υποβάλλεται α) βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένη στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ και β) βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητας (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.). Αν ο Ανταποκριτής του ΟΓΑ δεν έχει προσωπική αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει πρώτα να υποβληθεί η φορολογική δήλωση και μετά να γίνει η αίτηση για την εγγραφή στα Μητρώα του Κλάδου. • **Αν πρόκειται για εταιρεία, βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του.**			
3. Αγρεργάτες			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος **δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια Δ Ο Υ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.** • **Υπεύθυνες Δηλώσεις των εργοδοτών - κτηματιών για την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένες στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ. Από τις Υπεύθυνες Δηλώσεις πρέπει να προκύπτουν**	☐	☐	

τουλάχιστον 150 ημέρες απασχόλησης στην αγροτική οικονομία, ετησίως. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος για το φόρο εισοδήματος του τελευταίου έτους κάθε εργοδότη – κτηματία, συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του εργοδότη με την οποία θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου.** **Σε περίπτωση που εργοδότης – κτηματίας δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης, αντί του παραπάνω αντιγράφου, πρέπει να υποβάλλεται α) Υπεύθυνη Δήλωση του εργοδότη ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) βεβαίωση της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης ή της Δ/νσης Γεωργίας από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους επιδοτήσεις που λαμβάνει, το ύψος αυτών, καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των στρεμμάτων , των δέντρων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε.**			
4. α. Αλιείς			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. **Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει Υπεύθυνη Δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης. Στην περίπτωση αυτή ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει, εκτός της Υπεύθυνης Δήλωσης, να υποβάλει και βεβαίωση Αλιευτικού ή Αγροτικού Συλλόγου (αν υπάρχει) ότι είναι κατά κύριο επάγγελμα αλιέας.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Σε περίπτωση που δεν έχει ακόμη εκδοθεί από τη ΔΟΥ το εκκαθαριστικό σημείωμα ή δεν έχει ακόμη υποβληθεί η φορολογική δήλωση, θα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που αναφέρουμε, ανάλογα, για τους αγρότες. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας του αλιευτικού σκάφους.** • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της ατομικής άδειας αλιείας.** **β. Μέλη οικογενειών αλιέων ή κατόχων αλιευτικού σκάφους** **Σε περίπτωση που ο αιτών δεν έχει δικό του σκάφος και απασχολείται στο αλιευτικό σκάφος της οικογενείας του, θα πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα δικαιολογητικά:** • **Τα παραπάνω δικαιολογητικά της παραγρ. 4α για τον απογραφόμενο. (Το επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας του αλιευτικού σκάφους θα αφορά στον κάτοχο σύζυγο, γονέα ή τέκνο).** • **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του απογραφόμενου.**			
5. Μελισσοκόμοι			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του . **Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη Δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.**	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Σε περίπτωση που δεν έχει ακόμη εκδοθεί από τη ΔΟΥ το εκκαθαριστικό σημείωμα ή δεν έχει ακόμη υποβληθεί η φορολογική δήλωση, θα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που αναφέρουμε, ανάλογα, για τους αγρότες. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο των θεωρημένων σελίδων του μελισσοτροφικού βιβλιαρίου.**			
6. Μοναχοί – Μοναχές			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • Βεβαίωση του Ηγουμένου - της Ηγουμένης της Μονής από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών – η αιτούσα απασχολείται σε αγροτικές εργασίες .	☐	☐	
7. Επαγγελματίες, Βιοτέχνες και Έμποροι			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο**	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς. - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. ● Βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) ότι δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του. ● Βεβαίωσης της αρμόδιας ΔΟΥ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητάς του (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.).			
8. Μέλη συνεταιρισμών			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. ● Βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) ότι δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του. ● Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Καταστατικού του συνεταιρισμού.			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Επισημαίνουμε, ότι σε περίπτωση αναδρομικής εγγραφής θα πρέπει από τα δικαιολογητικά να προκύπτει απασχόληση από την έναρξη της ασφάλισης.

Επίσης, όπου απαιτούνται αντίγραφα, αυτά θα πρέπει να είναι επικυρωμένα από τον Ανταποκριτή ΟΓΑ ή άλλη Αρχή.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω τα παρακάτω απαντώντας στις ακόλουθες ερωτήσεις :

1. Ποια είναι η μόνιμη κατοικία σας:

   ....

   Διεύθυνση – Δημ. Διαμ/μα Δήμος Νομός

2. Από πότε διαμένετε μόνιμα σ΄αυτήν; Απουσιάσατε από τον τόπο της μόνιμης κατοικίας σας για κάποια διαστήματα και αν ναι για ποια και που διαμένατε;

   ....

   ....

3. Εκτός από την παραπάνω έχετε και δευτερεύουσα κατοικία; Αν ναι πού και πόσο χρονικό διάστημα ετησίως διαμένετε σ΄ αυτήν;

   ....

   ....

4. Ποιο είναι το κύριο επάγγελμά σας από το οποίο αντλείτε κυρίως το βιοπορισμό σας; Πού το ασκείτε, από πότε και ποια είναι τα εισοδήματά σας ετησίως από αυτό;

   ....

   ....

5. Έχετε και άλλο επάγγελμα; Αν ναι ποιο, που το ασκείτε, από πότε και ποια είναι τα ετήσια εισοδήματα σας από αυτό;

   ....

   ....

6. Έχετε αγροτική περιουσία και αν ναι, ποιο το είδος της (αγροί, αμπέλια, δένδρα, ζώα κ.λ.π.) και ποια η έκταση αυτής (αριθμός στρεμμάτων, δένδρων, ζώων κ.λ.π.).

   ....

   ....

7. Απασχολείστε ο ίδιος προσωπικά (χειρωνακτικά ή με αυτεπιστασία) με την εκμετάλλευση της αγροτικής περιουσίας σας και αν ναι από πότε ;

   ....

8. Μήπως νοικιάζετε σε τρίτους την περιουσία σας (όλη ή μέρος αυτής) και αν ναι από πότε;

   ....

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

9. Εργαστήκατε ως αγρεργάτης σε ξένα κτήματα και αν ναι από πότε και πόσα περίπου ημερομίσθια πραγματοποιήσατε ετησίως;
....
....
10. Ποια είναι κατά μέσο όρο τα ετήσια εισοδήματά σας από την αγροτική απασχόλησή σας;
....
11. Είστε σήμερα ή ήσαστε στο παρελθόν ασφαλισμένος άλλου φορέα (ελληνικού ή ξένου) και σε καταφατική περίπτωση από πότε και μέχρι πότε;
....
12. Είστε συνταξιούχος άλλου φορέα ή έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο φορέα (ελληνικό ή ξένο) και αν ναι ποιος είναι αυτός και από πότε;
....
13. Ποιο είναι το επάγγελμα του/της συζύγου σας (αν έχετε), πού το ασκεί και ποια τα εισοδήματά του/της από αυτό;
....
14. Ποια δικαιολογητικά θα καταθέσετε για να αποδείξετε όσα δηλώνετε ανωτέρω (σημειώστε με Χ).

☐ Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ. ή
☐ Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν υποχρεούσθε σε υποβολή φορολογικής δήλωσης
☐ Βεβαίωση συνεταιριστικής οργάνωσης *
☐ Βεβαίωση της Διεύθυνσης Γεωργίας *
☐ Βεβαίωση εγγραφής στα Μητρώα Αγροτών και Αγροτικής Εκμετάλλευσης*
☐ Βεβαίωση Ανταποκριτή ΟΓΑ *
☐
☐
☐

* Κατατίθενται εάν δεν υπάρχει αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ
Βεβαιώνεται το γνήσιο
της υπογραφής

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Δελτίο Απογραφής – Αίτηση/Υπεύθυνη Δήλωση για εγγραφή στα Μητρώα ασφαλισμένων του κλάδου κύριας ασφάλισης**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. α. Αγρότες			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή).	□	□	□
• **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα).	□	□	□
• **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε..	□	□	□
• **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.), από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της αγροτικής δραστηριότητάς του. ✓ Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος **δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη Δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.** Στην περίπτωση αυτή ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει, εκτός της ως άνω υπεύθυνης δήλωσης, **να υποβάλει και δικαιολογητικά** από τα οποία θα αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόλησή του στην αγροτική	□	□	□



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

οικονομία, όπως :

- Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει αν είναι γραμμένος στα Μητρώα Αγροτών και Αγροτικών Εκμεταλλεύσεων (ΜΑΑΕ) του Ν. 2332/95 και με ποια ιδιότητα (του αγρότη ή του κατόχου αγροτικής εκμετάλλευσης).
- **Βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτει η παράδοση ή η πώληση αγροτικών - κτηνοτροφικών προϊόντων, καθώς και η ποσότητα αυτών .**
- **Βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας ή της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους αγροτικές επιδοτήσεις που λαμβάνει, το ύψος αυτών, καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των δέντρων, των στρεμμάτων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε .**

Αν δεν υπάρχουν ούτε τα παραπάνω δικαιολογητικά και ο αρμόδιος Ανταποκριτής του ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει να υποβληθεί βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ για **την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένη στο νέο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ .**

Αν ο ενδιαφερόμενος δεν μπορεί να προσκομίσει κανένα από τα παραπάνω δικαιολογητικά και εφόσον ο Ανταποκριτής ΟΓΑ δεν έχει προσωπική αντίληψη για την απασχόλησή του, δεν θα συμπληρώνεται δελτίο απογραφής και δεν θα γίνονται δεκτές σχετικές αιτήσεις.

✓ **Σε περίπτωση που έχουν δηλωθεί από τον αιτούντα εισοδήματα προερχόμενα από την αγροτική οικονομία, αλλά δεν έχει εκδοθεί ακόμη από την αρμόδια Δ Ο Υ το σχετικό εκκαθαριστικό σημείωμα**, θα πρέπει, αντί του εκκαθαριστικού, να υποβληθούν αναλόγως:

α) Εάν ο ενδιαφερόμενος υπέβαλε για πρώτη φορά φορολογική δήλωση, ακριβές φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος, συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος, στην οποία θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου, ότι δεν έχει ακόμη λάβει το εκκαθαριστικό σημείωμα και ότι υπέβαλε για πρώτη φορά δήλωση φορολογίας εισοδήματος.

β) Εάν ο αιτών έχει υποβάλει κατά τα προηγούμενα έτη φορολογική δήλωση (για εισοδήματα προερχόμενα από μη αγροτική απασχόληση) θα πρέπει να υποβληθεί:

- Αντίγραφο του πιο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος δήλωσης φορολογίας εισοδήματος και
- Ακριβές φωτοαντίγραφο του τελευταίου εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (με τα αγροτικά εισοδήματα), συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος, στην οποία αυτός θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου και ότι δεν έχει ακόμη λάβει το σχετικό εκκαθαριστικό σημείωμα.

✓ **Σε περίπτωση που υπάρχουν εισοδήματα προερχόμενα από την αγροτική οικονομία, τα οποία όμως δεν έχουν ακόμη δηλωθεί** επειδή δεν έχουν ακόμη κατατεθεί οι φορολογικές δηλώσεις για το σχετικό οικονομικό έτος, αντί του εκκαθαριστικού σημειώματος, θα πρέπει να υποβληθούν:

- Αντίγραφο του πιο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος, αν ο αιτών έχει υποβάλει τα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

προηγούμενα έτη φορολογική δήλωση (για εισοδήματα διαφορετικά των αγροτικών), ή, αν ο αιτών δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης, Υπεύθυνη δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ., ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης. - Δικαιολογητικά από τα οποία θα αποδεικνύεται η κατά κύριο επάγγελμα απασχόληση του αιτούντος στην αγροτική οικονομία, όπως αυτά που αναφέρουμε ανωτέρω για την περίπτωση που δεν υπάρχει υποχρέωση υποβολής φορολογικής δήλωσης (όπως βεβαίωση Συνεταιριστικής Οργάνωσης, βεβαίωση της Δ/νσης Γεωργίας κ.λ.π.).Αν δεν υπάρχουν ούτε τα δικαιολογητικά αυτά και ο αρμόδιος Ανταποκριτής του ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει να υποβληθεί βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόληση αυτού, συμπληρωμένη στο νέο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ.			
β. Μέλη αγροτικών οικογενειών			
Σε περίπτωση που ο αιτών δεν έχει δική του περιουσία (ή έχει περιορισμένη) και απασχολείται στην αγροτική εκμετάλλευση της οικογενείας του, θα πρέπει να υποβληθούν : Τα παραπάνω δικαιολογητικά της παραγρ. 1α για τον απογραφόμενο . ● Τα ίδια δικαιολογητικά, πλην της αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης και του δελτίου ταυτότητας, για τον αρχηγό της αγροτικής εκμετάλλευσης (σύζυγο, γονέα ή τέκνο). ● Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του απογραφόμενου.	□	□	□
2. Εκμεταλλευτές Γεωργικών Επιχειρήσεων (πτηνοτρόφοι, ανθοπαραγωγοί κ.λ.π.)			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει να είναι σε ισχύ.** - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο**	□	□	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς. - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. **Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ακόμη από την αρμόδια Δ Ο Υ το εκκαθαριστικό σημείωμα**, θα πρέπει να υποβληθεί α) ακριβές φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος, συνοδευόμενο από υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος για την ακρίβεια των στοιχείων της δήλωσης και τη μη λήψη του εκκαθαριστικού σημειώματος και β) βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητας (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.). **Αν δεν έχει ακόμη υποβληθεί φορολογική δήλωση επειδή δεν έχουν ακόμη κατατεθεί οι φορολογικές δηλώσεις για το σχετικό οικονομικό έτος, και υπό την προϋπόθεση ότι ο Ανταποκριτής ΟΓΑ έχει άμεση αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος**, αντί του εκκαθαριστικού σημειώματος, θα υποβάλλεται α) βεβαίωση του Ανταποκριτή ΟΓΑ για την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένη στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ και β) βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητας (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.). Αν ο Ανταποκριτής του ΟΓΑ δεν έχει προσωπική αντίληψη για την απασχόληση του αιτούντος, θα πρέπει πρώτα να υποβληθεί η φορολογική δήλωση και μετά να γίνει η αίτηση για την εγγραφή στα Μητρώα του Κλάδου. ● **Αν πρόκειται για εταιρεία, βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του.**			
3. Αγρεργάτες			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). <u>Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός,</u>	□	□	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος **δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια Δ Ο Υ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.** • **Υπεύθυνες Δηλώσεις των εργοδοτών - κτηματιών για την απασχόληση του αιτούντος, συμπληρωμένες στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ. Από τις Υπεύθυνες Δηλώσεις πρέπει να προκύπτουν τουλάχιστον 150 ημέρες απασχόλησης στην αγροτική οικονομία, ετησίως.** • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εντύπου Ε1 δήλωσης φορολογίας εισοδήματος για το φόρο εισοδήματος του τελευταίου έτους κάθε εργοδότη – κτηματία, συνοδευόμενο απαραιτήτως από Υπεύθυνη Δήλωση του εργοδότη με την οποία θα βεβαιώνει την ακρίβεια των στοιχείων του αντιγράφου.** **Σε περίπτωση που εργοδότης – κτηματίας δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης, αντί του παραπάνω αντιγράφου, πρέπει να υποβάλλεται α) Υπεύθυνη Δήλωση του εργοδότη ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης και β) βεβαίωση της αρμόδιας Συνεταιριστικής Οργάνωσης ή της Δ/νσης Γεωργίας από την οποία να προκύπτουν οι κάθε είδους επιδοτήσεις που λαμβάνει, το ύψος αυτών, καθώς και η ποσότητα των προϊόντων ή ο αριθμός των στρεμμάτων , των δέντρων ή των ζώων για τα οποία επιδοτήθηκε.**			
4. α. Αλιείς			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα).	☐		

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

• **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. **Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει Υπεύθυνη Δήλωσή του, θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης. Στην περίπτωση αυτή ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει, εκτός της Υπεύθυνης Δήλωσης, να υποβάλει και βεβαίωση Αλιευτικού ή Αγροτικού Συλλόγου (αν υπάρχει) ότι είναι κατά κύριο επάγγελμα αλιέας. **Σε περίπτωση που δεν έχει ακόμη εκδοθεί από τη ΔΟΥ το εκκαθαριστικό σημείωμα ή δεν έχει ακόμη υποβληθεί η φορολογική δήλωση**, θα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που αναφέρουμε, ανάλογα, για τους αγρότες. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας του αλιευτικού σκάφους.** • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της ατομικής άδειας αλιείας.** **β. Μέλη οικογενειών αλιέων ή κατόχων αλιευτικού σκάφους** **Σε περίπτωση που ο αιτών δεν έχει δικό του σκάφος και απασχολείται στο αλιευτικό σκάφος της οικογενείας του, θα πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα δικαιολογητικά:** • **Τα παραπάνω δικαιολογητικά της παραγρ. 4α για τον απογραφόμενο. (Το επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας του αλιευτικού σκάφους θα αφορά στον κάτοχο σύζυγο, γονέα ή τέκνο).** • **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του απογραφόμενου.**			
5. Μελισσοκόμοι			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο	☐	☐	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του . **Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης**, θα πρέπει να υποβάλει **Υπεύθυνη Δήλωσή του θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ, ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή φορολογικής δήλωσης.** **Σε περίπτωση που δεν έχει ακόμη εκδοθεί από τη ΔΟΥ το εκκαθαριστικό σημείωμα ή δεν έχει ακόμη υποβληθεί η φορολογική δήλωση**, θα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που αναφέρουμε, ανάλογα, για τους αγρότες. ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο των θεωρημένων σελίδων του μελισσοτροφικού βιβλιαρίου.**			
6. Μοναχοί – Μοναχές			
● **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). ● **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). ● **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • Βεβαίωση του Ηγουμένου - της Ηγουμένης της Μονής από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών – η αιτούσα απασχολείται σε αγροτικές εργασίες .			
7. Επαγγελματίες, Βιοτέχνες και Έμποροι			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. • Βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) ότι δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του. • Βεβαίωσης της αρμόδιας ΔΟΥ από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητάς του (ημερομηνία έναρξης, αντικείμενο, νομική μορφή, έδρα κ.λ.π.).	☐	☐	
8. Μέλη συνεταιρισμών			
• **Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντος.** Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να είναι	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

υπογεγραμμένη από τον αιτούντα και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ ή από άλλη Αρχή). • **Δελτίο Απογραφής ασφαλισμένου και επιλογής ασφαλιστικής κατηγορίας** (συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Ανταποκριτή ΟΓΑ και υπογράφεται και από τον αιτούντα). • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων του δελτίου ταυτότητας του αιτούντος** (ή του διαβατηρίου του). Σε περίπτωση που ο αιτών είναι αλλοδαπός, απαιτείται κατά περίπτωση: - **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής του στη χώρα, που θα πρέπει** να είναι σε ισχύ. - **Ειδικά οι Βορειοηπειρώτες θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς.** - Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε θα πρέπει να υποβάλλουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Άδειας Διαμονής που τους έχει χορηγηθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ε.Ε.. • **Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** (ή των εκκαθαριστικών σημειωμάτων) της αρμόδιας δημόσιας οικονομικής υπηρεσίας (Δ.Ο.Υ.) από το οποίο προκύπτουν τα εισοδήματα του αιτούντος από την έναρξη της άσκησης της ασφαλιστέας στον ΟΓΑ επαγγελματικής δραστηριότητάς του. • Βεβαίωση του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ – ΤΑΕ) ότι δεν υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλισή του. • Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Καταστατικού του συνεταιρισμού.			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αλλαγή τόπου πληρωμής της σύνταξης συνταξιούχου ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ Κλάδο Ι**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα απόδειξης πληρωμής οποιουδήποτε μήνα	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Αλλαγή τόπου πληρωμής της σύνταξης συνταξιούχου ΟΓΑ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα απόδειξης πληρωμής οποιουδήποτε μήνα	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης καταβληθεισών συντάξεων έτους .... για φορολογική χρήση».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ Κλάδο Ι**
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου :							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής οποιουδήποτε μήνα	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης καταβληθεισών συντάξεων έτους ……… για φορολογική χρήση**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής οποιουδήποτε μήνα	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης περί συνταξιοδότησης – διακοπής της συνταξιοδότησης – αναστολής της συνταξιοδότησης και λοιπές βεβαιώσεις για τη συνταξιοδότηση».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΟΓΑ Κλάδο Ι**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης περί συνταξιοδότησης – διακοπής της συνταξιοδότησης – αναστολής της συνταξιοδότησης και λοιπές βεβαιώσεις για τη συνταξιοδότηση**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση εξόδων κηδείας και καταβολή ανείσπρακτων συντάξεων ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο Ι**
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόσπασμα ή αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου	□	□	□
2. Συμπληρώνεται το συνημμένο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ για έξοδα κηδείας (Σ167/168)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση εξόδων κηδείας και καταβολή ανείσπρακτων συντάξεων ΟΓΑ**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόσπασμα ή αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου	□	□	□
2. Συμπληρώνεται το συνημμένο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ για έξοδα κηδείας (Σ167/168)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έγκριση δαπάνης για αγορά φαρμάκων από το εξωτερικό σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρ. 3 του Κανονισμού Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΟΓΑ και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. πρ. Φ. 7 οικ. 520/31.3.2000».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο ΙΑ΄ Φαρμακευτικής Περίθαλψης**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ιατρική γνωμάτευση επί ειδικού εντύπου* υπογεγραμμένη από Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ειδικότητας σχετική με την πάθηση	□	□	
2.Συνταγή από το ατομικό συνταγολόγιο	□	□	
3. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου και της σελίδας με τη θεώρηση για το τρέχον έτος	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Είναι συνημμένο στην αίτηση			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έγκριση δαπάνης για αγορά φαρμάκων από το εξωτερικό σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρ. 3 του Κανονισμού Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΟΓΑ και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. πρ. Φ. 7 οικ. 520/31.3.2000**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ιατρική γνωμάτευση επί ειδικού εντύπου* υπογεγραμμένη από Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ειδικότητας σχετική με την πάθηση	☐	☐	
2.Συνταγή από το ατομικό συνταγολόγιο	☐	☐	
3. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου και της σελίδας με τη θεώρηση για το τρέχον έτος	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Όνομα ασθενούς...Πάθηση...

Όνομα ιδ/τος (Εμπορική ονομασία φαρμάκου)..

Δραστική ουσία...

Μορφή...

Περιεκτικότητα............................Αιτούμενη Ποσότητα......................Συσκευασία.....................

Δοσολογία...Χρόνος θεραπείας...

Χώρα προέλευσης..ΕΤΑΙΡΕΙΑ..

Άδεια κυκλοφορίας στην χώρα προέλευσης : ΝΑΙ.................................ΟΧΙ.......................

Εγκεκριμένες ενδείξεις..

Τρόπος διάθεσης στην χώρα κυκλοφορίας και προέλευσης (Απλή συνταγή, Ειδική συνταγή κ.λπ. ....

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου και αιτιολόγηση λόγων αποκλεισμού άλλων κυκλοφορούντων στην Ελλάδα ομοίων ή παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης φαρμάκων..
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Πηγές από τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση (βιβλιογραφικές και άλλες)..
....
....
....
....
....
....

Το φάρμακο υπάγεται στον Ν. 1729/87 περί ναρκωτικών ΝΑΙ.................. ΟΧΙ......................

Όνομα γιατρού :...
Δ/νση :...
Αρ. Μητρώου :...
Τηλ. & FAX :...

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έγκριση δαπάνης για αγορά διαιτητικών τροφών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 20 του Ν. 2556/97 και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. Φ. 7 οικ. 61/26.1.98».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο ΙΑ΄ Φαρμακευτικής Περίθαλψης**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση από Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ειδικότητας σχετική με την πάθηση	☐	☐	
2.Συνταγή από το ατομικό συνταγολόγιο	☐	☐	
3. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου και της σελίδας με τη θεώρηση για το τρέχον έτος	☐	☐	
4. Απόδειξη πώλησης	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έγκριση δαπάνης για αγορά διαιτητικών τροφών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 20 του Ν. 2556/97 και το έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων αριθ. Φ. 7 οικ. 61/26.1.98**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση από Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ειδικότητας σχετική με την πάθηση	☐	☐	
2.Συνταγή από το ατομικό συνταγολόγιο	☐	☐	
3. Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου και της σελίδας με τη θεώρηση για το τρέχον έτος	☐	☐	
4. Απόδειξη πώλησης	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Διαβίβαση παραστατικών για εξόφληση καταλογισθέντος ποσού».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ ή Περιφερειακή Υπηρεσία**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Παραστατικό κατάθεσης οφειλής	☐	☐	
2. Αντίγραφο καταλογιστικής απόφασης	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Συμπληρώνεται το επισυναπτόμενο μηχανογραφημένο έντυπο της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Διαβίβαση παραστατικών για εξόφληση καταλογισθέντος ποσού**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Παραστατικό κατάθεσης οφειλής	□	□	□
2. Αντίγραφο καταλογιστικής απόφασης	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής ισόβιας σύνταξης –πολυτεκνικού επιδόματος – επιδόματος γ΄ παιδιού».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο ΣΤ΄ Τμήμα ΣΤ2**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Α. Μ. επιδοματούχου

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής στην περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής ισόβιας σύνταξης –πολυτεκνικού επιδόματος – επιδόματος γ΄ παιδιού**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής στην περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης □ λήψεως- □ μη λήψεως ισόβιας σύνταξης - □ πολυτεκνικού επιδόματος – □ επιδόματος τρίτου παιδιού». (Ο ενδιαφερόμενος σημειώνει την περίπτωση που τον ενδιαφέρει)»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο ΣΤ΄ Τμήμα ΣΤ2**
Α.Μ. επιδοματούχου
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής σε περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης □ λήψεως- □ μη λήψεως ισόβιας σύνταξης - □ πολυτεκνικού επιδόματος – □ επιδόματος τρίτου παιδιού».** (Ο ενδιαφερόμενος σημειώνει την περίπτωση που τον ενδιαφέρει)		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής σε περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης φόρου εισοδήματος έτους/ετών».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Τμήμα ΣΤ2 – Β΄**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Α.Μ. επιδοματούχου

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής σε περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Χορηγείται μόνο για φορολογική χρήση			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης φόρου εισοδήματος έτους/ετών**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής σε περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Χορηγείται μόνο για φορολογική χρήση			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση ισόβιας σύνταξης α) στην πολύτεκνη μητέρα που έχει τέσσερα τουλάχιστον παιδιά έγγαμα ή άγαμα άνω των 23 ετών και β) στη μητέρα που δεν χαρακτηρίζεται πολύτεκνη αλλά έχει ή είχε κάποια στιγμή τέσσερα τουλάχιστον παιδιά στη ζωή».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (συμπληρώνεται το ειδικό έντυπο του ΟΓΑ)	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο μηχανογραφικό έντυπο			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση ισόβιας σύνταξης α) στην πολύτεκνη μητέρα που έχει τέσσερα τουλάχιστον παιδιά έγγαμα ή άγαμα άνω των 23 ετών και β) στη μητέρα που δεν χαρακτηρίζεται πολύτεκνη αλλά έχει ή είχε κάποια στιγμή τέσσερα τουλάχιστον παιδιά στη ζωή**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (συμπληρώνεται το ειδικό έντυπο του ΟΓΑ)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση επιδόματος τρίτου παιδιού και πολυτεκνικού επιδόματος».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ανάλογα με το ποιος είναι ο αρχηγός της οικογένειας (συμπληρώνεται το ειδικό έντυπο του ΟΓΑ)	☐	☐	
2. Βεβαίωση από την Ομοσπονδία Πολυτέκνων ότι έχει την πολυτεκνική ιδιότητα στο ειδικό για τον ΟΓΑ έντυπο	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Πρόσθετα δικαιολογητικά προκύπτουν από το επισυναπτόμενο μηχανογραφικό έντυπο της υπηρεσίας			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση επιδόματος τρίτου παιδιού και πολυτεκνικού επιδόματος**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ανάλογα με το ποιος είναι ο αρχηγός της οικογένειας (συμπληρώνεται το ειδικό έντυπο του ΟΓΑ)	☐	☐	
2. Βεβαίωση από την Ομοσπονδία Πολυτέκνων ότι έχει την πολυτεκνική ιδιότητα στο ειδικό για τον ΟΓΑ έντυπο	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αλλαγή τόπου πληρωμής ισόβιας σύνταξης – πολυτεκνικού επιδόματος – επιδόματος τρίτου παιδιού».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΟΓΑ Κλάδο Στ΄ Οικογενειακών επιδομάτων Τμήμα μητρώου και πληρωμής**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Α.Μ. επιδοματούχου

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			
Παλαιά Διεύθυνση (Οδός, αριθ., Τ.Κ., Δήμος)		Νέα Διεύθυνση (Οδός, αριθ., Τ.Κ., Δήμος)	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής στην περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής ισόβιας σύνταξης –πολυτεκνικού επιδόματος – επιδόματος γ΄ παιδιού**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόκομμα επιταγής στην περίπτωση μη αναγραφής του Α.Μ	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr – e-mail: webmaster @ et.gr

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4
Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924
Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227	**(2310) 423 956**
ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Ευριπίδου 63	**(210) 413 5228**
ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327	**(2610) 638 109**
	(2610) 638 110
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο	**(26510) 87215**
ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1	**(25310) 22 858**
ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο	**(2410) 597449**
ΚΕΡΚΥΡΑ - Σαμαρά 13	**(26610) 89 157**
	(26610) 89 105
ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πλ. Ελευθερίας 1	**(2810) 396 409**
ΛΕΣΒΟΣ - Αγ. Ειρήνης 10	**(22510) 37 181**
	(22510) 37 187

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Σε έντυπη μορφή:

- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

Σε μορφή CD:

Τεύχος	Περίοδος	EURO
Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	Μηνιαίο	60
Α΄ και Β΄	3μηνιαίο	75
Α΄, Β΄ και Δ΄	3μηνιαίο	90
Α΄	Ετήσιο	180
Β΄	Ετήσιο	210
Γ	Ετήσιο	60
Δ΄	Ετήσιο	150
Παράρτημα	Ετήσιο	75
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	Ετήσιο	75
Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)	Ετήσιο	75
Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	Ετήσιο	75
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου	Ετήσιο	75
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Ετήσιο	75

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

	Σε έντυπη μορφή		Από το Internet	
Τεύχος	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512
	euro	euro	euro	euro
Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.)	205	10,25	176	8,80
Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.)	293	14,65	205	10,25
Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	293	14,65	147	7,35
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	147	7,35	88	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.)	30	1,50	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	59	2,95	30	1,50
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	2.054	102,70	587	29,35
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	205	10,25	88	4,40
Α΄, Β΄ και Δ΄			352	17,60

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2003 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ